



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Cláudia Sofia Almeida Vara Mouro

Horticultura terapêutica em pessoas com doença mental

Mestrado
Agricultura Biológica

Trabalho efetuado sob a orientação

Professora Doutora Isabel de Maria Mourão

Professora Doutora Telma Ferreira de Almeida

RESUMO

Assim como a terapia ocupacional, a horticultura terapêutica (HT) pode ser considerada como uma abordagem não farmacológica para auxiliar outros tratamentos psiquiátricos. A HT deve ser sempre realizada de acordo com os princípios da agricultura biológica, por razões de segurança para os utentes em não manipularem produtos químicos de síntese e, ainda, por razões ambientais e de saúde para os consumidores.

Embora possam ser encontrados na literatura inúmeros benefícios da HT em pessoas com doença mental, são escassas as informações que permitam compreender se as atividades de HT têm vantagens quando comparadas com as terapias ocupacionais mais convencionais (TO), sendo este o principal objetivo do presente estudo. O estudo foi realizado num hospital psiquiátrico em Portugal, com uma área de atividades de HT a decorrer no sistema de agricultura biológica. A amostra consistiu em 25 utentes que frequentavam as atividades de HT e outras TO e 15 utentes que frequentam apenas as TO. Os instrumentos utilizados foram dois questionários de dados sociodemográficos e clínicos e de preferências dos utentes e, ainda, duas escalas de avaliação, a Escala de Felicidade Subjetiva (FS) e a versão curta da Escala de Solidão Social e Emocional para Adultos (SELSA-S).

Os resultados obtidos através das escalas FS e SELSA-S foram globalmente semelhantes para os dois grupos em estudo, com exceção do "otimismo sobre a vida", que revelou uma perceção menos otimista da vida para os utentes do Grupo HT. Estudos anteriores realizados com utentes com esquizofrenia crónica relataram que a HT pode ser eficaz para diminuir a depressão e/ou ansiedade, mas o sentimento de falta de esperança e a qualidade de vida não mudou, provavelmente devido à hospitalização prolongada e à necessidade de medicação que pode ter limitado o efeito da HT, o que também parece ter sido revelado neste estudo. No entanto, é mais comum encontrar benefícios do que encontrar participantes não afetados. A Horticultura Terapêutica é uma opção de tratamento integrativo, que deve continuar a ser investigada, nomeadamente, para compreender as melhorias que podem ser introduzir nas suas práticas, de modo a maximizar a sua eficácia.

Palavras Chave: horticultura terapêutica, distúrbios de saúde mental, escala de felicidade subjetiva, escala de solidão social e emocional.

ABSTRACT

Therapeutic horticulture (TH) can be considered as an occupational therapy, which is a non-pharmacological approach to assist other psychiatric treatment. TH should be conducted according to organic principles for client's safety and also for environmental and consumer's health reasons.

Although it can be found in the literature numerous benefits of TH in individuals with mental health disorders, is scarce the information to understand if TH activities have advantages when compared to more conventional occupational therapies (OT), and this is the main objective of the present study. The study was conducted in a psychiatric hospital in Portugal, with an area for TH activities running organically and focused on 25 patients attending TH amongst other OT and 15 patients attending only OT. The instruments used were two questionnaires of sociodemographic and clinical data and user preferences, and two evaluation scales, the 'Subjective Happiness Scale' (SHS) and the short form of the 'Social and Emotional Loneliness Scale for Adults' (SELSA-S).

The scores of the SHS and SELSA-S scales were generally similar for TH and OT groups, except the 'optimism about life' that revealed a less optimistic perception of life for the TH patients. Previous studies performed with chronic schizophrenia patients reported that TH might be effective to decrease depression and/or anxiety but the feeling of hopelessness and quality of life did not change, probably due to long-term hospitalization and medication required that might have limited the effect of TH, which was also revealed here. However, it is more common to find benefits than to find unaffected participants, indicating that TH is an integrative treatment option that merits further study and can be better tailored to maximize their effectiveness.

Keywords: therapeutic horticulture, mental health disorders, Subjective Happiness Scale, Social and Emotional Loneliness Scale

AGRADECIMENTO

Gostaria de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se tornasse uma realidade. A realização do mesmo não teria sido possível sem a cooperação e empenho de diversas pessoas. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar quero agradecer às minhas orientadoras, Professora Doutora Isabel Mourão e Professora Doutora Telma Almeida, pela orientação prestada, pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio demonstrados ao longo deste percurso. Sem elas teria sido impossível finalizar este trabalho.

Quero também agradecer ao Professor Doutor Miguel Brito por toda a sua ajuda na validação dos resultados.

Ao meu companheiro, Luís Pedro Fernandes, por toda a sua ajuda neste trabalho, principalmente na componente estatística, e por toda a compreensão e paciência que teve durante este percurso.

Ao Sr. Mesário Doutor Jorge Dias e à Diretora Clínica Doutora Rosa Gonçalves do Centro Hospitalar Conde de Ferreira, por permitirem a realização este estudo.

A toda a equipa médica e de terapeutas ocupacionais do Centro Hospital do Conde de Ferreira, pela amabilidade e colaboração prestada sempre que solicitada.

Agradeço por último aos meus pais por todo o incentivo e persistência que me transmitiram ao longo deste longo percurso.

ÍNDICE

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE QUADROS	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 - As pessoas e a natureza	1
1.2 - Jardins terapêuticos	2
1.3 - Agricultura Social	3
1.4 - Horticultura Social e Terapêutica.....	6
1.5 - Benefícios da horticultura social e terapêutica.....	11
1.6 – Relação entre a solidão social e emocional e a horticultura social e terapêutica	15
1.7 – Relação entre a felicidade subjetiva e a horticultura social e terapêutica	16
1.8 - Centro Hospitalar Conde de Ferreira	17
1.8.1 - História	17
1.8.2 - Objetivos e Valências.....	19
1.8.3 - Caracterização dos Utentes	20
1.9 - Parque José Avides Moreira.....	23
1.9.1 - Objetivos e valências.....	23
1.9.2 - Hortas comunitárias e pedagógicas	24
1.9.3 - Área destinada à horticultura terapêutica	24
1.10 - Objetivos do estudo.....	25
2 - METODOLOGIA	26
2.1 - Amostra do estudo.....	26

2.2 - Instrumentos	26
2.3 - Procedimento.....	29
3 - RESULTADOS	31
3.1 – Análise Descritiva.....	31
3.1.1 - Dados Sociodemográficos.....	31
3.1.2 - Dados Clínicos	34
3.1.3 - Tutor e Visitas	37
3.1.4 - Atividades frequentadas	38
3.1.5 - Atividade Hortas terapêuticas – Grupo HT.....	40
3.2 - Análise de variância e testes-t	42
3.2.1 - Tempo de hospitalização e número de atividades frequentadas	42
3.2.2 - Escala de Felicidade Subjetiva	44
3.2.3 - Escala de Solidão – SELSA-S.....	46
3.3 – Análise de correlações	47
3.3.1 - Correlações com a Escala FS	47
3.3.2 - Correlações com a Escala SELSA-S	48
3.3.3 - Correlações entre a Escala SELSA-S e a Escala FS	48
3.4 – Análises de regressão.....	49
3.5 – Síntese das características dos utentes com Horticultura Terapêutica	50
3.6 – Síntese das diferenças entre o Grupo HT e o Grupo TO	50
3.6.1 - Caracterização da amostra.....	50
3.6.2 – Valores obtidos para a Escala de Felicidade Subjetiva (FS)	51
3.6.3 - Valores obtidos para a Escala de Solidão (SELSA-S)	52
4 - DISCUSSÃO.....	54
4.1 - Efeitos da Horticultura Terapêutica na felicidade subjetiva e na perceção de Solidão.....	54

4.2 – Efeitos da idade, escolaridade, diagnóstico, grau de dependência, frequência de atividades e existência de visitas	56
4.3 - Perspetivas da investigação	57
5 - CONCLUSÕES.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 - Modelo dos benefícios da Horticultura terapêutica adaptado de Relf (2006), citado por Mourão (2013).....	14
Figura 3.1 - Tempo de hospitalização no CHCF (nº de anos) e número de atividades frequentadas, para os utentes do CHCF: (a) que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO); (b) que participaram na HT do sexo feminino (HTF) e masculino (HTM); (c) sem e com visitas de familiares e/ou amigos, com diversas periodicidades. Para cada variável dependente letras diferentes indicam diferenças significativas entre os tratamentos ($p < 0,05$).....	43
Figura 3.2 – Perguntas da Escala de Felicidade Subjetiva (FS1, FS2, FS3, FS4), para os utentes do CHCF: (a) que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO); (b) que participaram na HT do sexo feminino (HTF) e masculino (HTM); (c) que apresentavam um grau de dependência grave, moderado e leve; (d) sem e com visitas de familiares e/ou amigos, com diversas periodicidades; (e) nível de escolaridade. Para cada variável dependente letras diferentes indicam diferenças significativas entre os tratamentos ($p < 0,05$) e quando não existem letras, as diferenças não são significativas.	45
Figura 3.3 - Escala de Solidão (SELSA-S): Total e sub-escalas Amigos, Família e Romântica, para os utentes do CHCF: (a) que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO); (b) que participaram na HT do sexo feminino (HTF) e masculino (HTM); (c) sem e com visitas de familiares e/ou amigos, com diversas periodicidades. Para cada variável dependente letras diferentes indicam diferenças significativas entre os tratamentos ($p < 0,05$).....	46

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 - Análise descritiva global dos utentes do CHCF.....	20
Quadro 1.2 - Distribuição dos utentes do CHCF por intervalos etários e unidade de internamento.	21
Quadro 1.3 - Distribuição dos utentes do CHCF por tempo de internamento e unidade de internamento.	22
Quadro 1.4 - Distribuição dos utentes do CHCF segundo a sua patologia clínica.....	22
Quadro 3.1 - Características sociodemográficas dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).	31
Quadro 3.1 - Características sociodemográficas dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).	32
Quadro 3.1 - Características sociodemográficas dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).	33
Quadro 3.2 – Dados clínicos dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).....	35
Quadro 3.2 – Dados clínicos dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).....	36
Quadro 3.3 – Tutor e visitas - tipo e periodicidade, dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).	37
Quadro 3.4 – Atividades frequentadas – número, periodicidade semanal e preferências, dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO)....	38
Quadro 3.4 – Atividades frequentadas – número, periodicidade semanal e preferências, dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO)....	39
Quadro 3.5 – Atividade hortas – preferências e perceções dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica.	41

1. INTRODUÇÃO

1.1 - As pessoas e a natureza

O contacto com a natureza é de grande importância para o ser humano, tendo a qualidade desta interação impacto direto na sua saúde física e mental. A sobrevivência do homem depende dos recursos disponibilizados pela natureza, não só para a componente biológica, mas também para componente mental e emocional (Borchers & Bradshaw, 2008; Haller, 2006; Kaplan, 1992; Lewis, 1995).

O conceito de biofilia pressupõe inclusivamente a existência de uma filiação emocional inata e instintiva entre o ser humano e os restantes organismos vivos, decorrente da evolução do homem ao longo dos milénios em contacto com a natureza (Wilson, 1984, citado por Sempik et al, 2010). Alguns autores sugerem que esta afinidade vai além dos seres vivos, devendo incluir os restantes elementos da natureza como os rios, riachos, ondas do mar e o vento (Heerwagen & Orians, 1993).

A investigação tem demonstrado que os seres humanos dependem da natureza para satisfazer as suas necessidades de carácter psicológico, emocional e espiritual, sendo estas difíceis de satisfazer por outros meios (Maller et al, 2008).

Nos tempos que correm, em que mais de metade da população vive em áreas urbanas (UNFPA, 2007), torna-se preocupante a desconexão com o mundo rural e a natureza, pelos problemas de saúde que tal acarreta e pelos custos associados. A saúde psicológica e o bem-estar são certamente afetadas, devido à reduzida possibilidade de recuperação do stress mental e físico (Maller et al., 2005; Pretty et al., 2005; Lewis, 1995).

O crescimento de uma planta é um acontecimento mágico e enriquecedor que nos demonstra o poder da natureza. As flores perpetuam-se através das suas sementes, repetindo o ciclo da vida. Se uma planta morre, outra pode ser cultivada em seu lugar. Se um erro é cometido, a natureza ensina a evitar a sua repetição. O ciclo de vida das plantas dá esperança na renovação da vida e na hipótese de começar de novo (adaptado de Hewson, 2009, citado por Mourão, 2013).

A investigação em psicologia ambiental sugere que a natureza promove a recuperação do stress (Ulrich et al. 1991) e ajuda a restaurar a habilidade de focar a atenção após o cansaço associado à concentração prolongada ou doença (Kaplan e Kaplan, 1989). O ambiente

natural é assim referido, normalmente, como um ambiente restaurador (Sempik, 2010), tendo sido identificadas duas dimensões específicas, nomeadamente o fascínio – habilidade de algo prender a atenção sem esforço aparente, e o sentimento de estar longe – a sensação de escapar de uma parte da vida que está sempre presente, mas nem sempre é preferida (Sempik & Aldridge, 2006). Estas dimensões manifestam-se com maior ou menor intensidade para diferentes pessoas, podendo o sentimento de estar longe ser interpretado de formas diferentes para cada indivíduo (Sempik & Aldridge, 2006).

As plantas permitem desafiar as respostas humanas porque o seu ambiente contrasta com o mundo social em que nos movemos. O jardim é um lugar seguro, um ambiente amigável onde todos são bem-vindos. As plantas não julgam, não ameaçam e não discriminam (Elings, 2006).

As pessoas identificam-se com as plantas pois estas apresentam qualidades que as pessoas têm ou precisam, como estabilidade e raízes, flexibilidade e elegância e podem parecer bonitas, fortes ou fracas, tranquilas ou agitadas (Neuberger, 2007).

A horticultura terapêutica é eficaz porque as plantas e as pessoas partilham o ritmo da vida, evoluem e modificam-se, respondem ao alimento, ao cuidado e ao clima, e vivem e morrem. Esta ligação biológica permite o investimento emocional nas plantas, sendo este um investimento seguro, não ameaçador. O compromisso é unilateral, não havendo recriminações caso seja terminado (Lewis, 1995).

O contacto com a natureza pode acontecer em pequena escala através de plantas no local de trabalho ou árvores no exterior das habitações, ou em maior escala através de um jardim ou parque público, um corredor de vegetação junto a cursos de água, ou uma área de vegetação natural mais alargada e selvagem (Frumkin & Louv, 2007). As evidências sugerem que todas as pessoas, crianças e adultos, beneficiam do contacto com a natureza e que a sua conservação deve ser assumida como uma estratégia de saúde pública (Frumkin & Louv, 2007), para além de todas as razões de sustentabilidade ambiental, social e económica.

1.2 - Jardins terapêuticos

Existem diversos tipos de jardins terapêuticos, devendo estes estar adequados ao grupo de pessoas e às terapias a adotar. Deverão ter espaços com diferentes características, podendo por vezes haver combinação das mesmas, sendo as principais características a serenidade,

natureza selvagem, riqueza de espécies (animais e plantas), festividade e cultura (Stigsdotter & Grahn, 2002).

O projeto e construção de jardins terapêuticos deverá ser realizado por equipas que envolvam elementos formados em arquitetura paisagista, engenharia civil, agricultura / jardinagem e medicina terapêutica. Todos os elementos dos jardins, desde as acessibilidades, culturas, distribuição dos espaços e equipamentos auxiliares deverão ser cuidadosamente previstos para se obter os fins desejados (Mourão, 2013).

Podem considerar-se os seguintes tipos de jardins para efeitos de terapia ocupacional, reabilitação ou terapia com recurso à horticultura (Thrive, 2009; Diehl, 2007):

- Jardins terapêuticos enquadrados em hospitais, centros de saúde e outras instituições, desenhados para ter efeitos benéficos sobre a maioria dos seus utilizadores;
- Jardins para terapias com recurso à horticultura, para atividades de tratamento dos utentes e concebidos para que os utentes sejam capazes de cuidar das plantas no jardim;
- Jardins terapêuticos para reabilitação de pessoas, com o principal objetivo de propiciar o descanso mental, redução do stress, recuperação emocional e reforço da energia física e mental.

1.3 - Agricultura Social

A agricultura social (*green care*) corresponde à utilização de explorações agrícolas com os seus animais, plantas, a floresta e paisagem, para promover a saúde mental e física humana, bem como a qualidade de vida, para uma variedade de grupos de clientes (Dessein & Bock, 2010; Di Lacovo, 2009; Hassink & Van Dijk, 2006). Desenvolveu-se na Europa desde os finais do século XX e tem vindo a crescer (Willems, 2012; Hassink, 2009; Elings, 2006), para dar resposta à evolução, alterações e problemas específicos da agricultura, dos cuidados de saúde e da sociedade atual.

Comparando as diferentes formas como a agricultura social é implementada em toda a Europa, bem como a sua organização, contributos, metas a alcançar e as diferentes partes envolvidas, surgem três modelos principais, nomeadamente o modelo de agricultura multifuncional, o modelo de saúde pública e o modelo de inclusão social (Dessein & Bock, 2010).

A agricultura social e as suas atividades contribuem para o bem-estar e inclusão social das pessoas desfavorecidas, quer pela produção agrícola associada, quer pela promoção do espírito de solidariedade e de entreajuda, cada vez mais importante nos dias que correm. A possibilidade que as pessoas com dificuldades de saúde, psicológicas, sociais ou económicas, têm de ter uma atividade produtiva e manter o contacto com a natureza, contribui para melhorar a sua saúde, aumentar o seu conhecimento sobre a natureza, aumentar a autoestima e por inerência a própria participação na vida social. As atividades referidas fazem parte da chamada agricultura social, que é muitas vezes associada ao conceito de agricultura para a saúde (*green care, green therapies, farming for health e care farming*) (Mourão, 2013). Em todos estes casos há dois pontos em comum, as atividades decorrem numa exploração agrícola e têm como público alvo as pessoas com capacidades limitadas (Mourão, 2017). Podemos encontrar práticas de agricultura social na área dos cuidados de saúde, reinserção social, formação, reabilitação de pessoas desfavorecidas e formação de pessoas com necessidades especiais, associadas a atividades da economia rural e que decorrem em explorações agrícolas (Willems, 2012; Dessein & Bock, 2010; Di Lacovo, 2009; Hassink & Van Dijk, 2006).

Outros autores apresentam um conceito mais alargado de agricultura social (*green care*), centrado na utilização da natureza para produzir saúde, benefícios sociais ou educacionais (Sempik, 2010; Maller et al, 2008). Segundo estes, o *green care* inclui (i) a horticultura social e terapêutica; (ii) a terapia assistida por animais; (iii) os cuidados em explorações agrícolas; (iv) a facilitação de exercício físico em espaços verdes, (v) a ecoterapia, que visa o restabelecimento da ligação entre o ser humano e os ecossistemas e que na prática envolve interações ativas em espaços verdes multifuncionais e (vi) a terapia com a natureza selvagem, que consiste no distanciamento do quotidiano sujeito a influências prejudiciais e a colocação em ambiente natural, em circunstâncias básicas de vida e com atividades que permitem aceder a aspetos individuais que não são visíveis em ambientes convencionais de desenvolvimento pessoal ou terapêuticos (Sempik et al., 2010).

Podemos também identificar três âmbitos diferentes ao nível da agricultura social, nomeadamente (Mourão, 2013):

- Atividades de aprendizagem e treino com o objetivo de integração no mercado de trabalho, particularmente aplicável a pessoas com deficiência física e mental, que

têm a possibilidade de participar em atividades agrícolas ajustadas às suas capacidades;

- Atividades terapêuticas e reeducativas, designadamente atividades terapêuticas destinadas às pessoas com deficiências físicas ou problemas psiquiátricos (terapia hortícola), terapia com animais de companhia, hipoterapia (com recurso a cavalos), asinoterapia (com recurso a burros), entre outras. Pode também incluir atividades reeducativas e de integração social numa exploração agrícola com pessoas idosas, toxicodependentes, alcoólicos, pessoas vítimas de trauma, ex-detidos e pessoas que estão em convalescença;
- Atividades agrícolas em prisões com vista a dotar os detidos de novas competências profissionais que lhes permitam uma mais fácil inserção no mercado de trabalho, atividades em explorações agrícolas organizadas por cooperativas sociais e que são geridas por pessoas portadoras de deficiência; Atividades de educação e lazer, destinadas a estudantes com dificuldades de aprendizagem ou problemas de adaptação social; atividades de aprendizagem (quintas pedagógicas), aprendizagem e sensibilização sobre o modo de vida rural e os ciclos agrícolas para crianças e jovens.

Relativamente às atividades de educação e lazer pode haver diferenças no âmbito do segundo o conceito de agricultura social, isto é, podem ser exclusivamente de reabilitação de pessoas com dificuldades, ou ter um âmbito mais alargado como contribuir para um novo bem-estar e fornecer serviços nas zonas rurais (Willems, 2012; Dessein & Bock, 2010; Di Iacovo, 2009; Hassink & Van Dijk, 2006).

A agricultura social presta serviços públicos de grande valor, pelas suas atividades terapêuticas de inclusão no trabalho, de inclusão social e pedagógicas, contribuindo desta forma para o desenvolvimento sustentável. Pode ter um impacto significativo no desenvolvimento das regiões, pela diversificação das atividades que gera e pela dinâmica que lhe é própria (Di Iacovo & O'Connor, 2009; OCDE, 2006).

A sociedade está cada vez mais sensibilizada para as potencialidades da agricultura social e as próprias organizações agrícolas, comunidades locais e instituições sociais e de saúde também valorizam de forma crescente a agricultura social. No entanto, nota-se uma falta de

articulação entre as diferentes políticas e/ou instituições associadas à agricultura social (Willems, 2012).

A agricultura social, como parte da economia social, é normalmente implementada através de explorações suportadas por empresas ou cooperativas sociais sem fins lucrativos, exercendo uma atividade de produção e troca de bens e de serviços de utilidade social e de interesse geral. No entanto, atualmente a agricultura social assume já a forma de empresas privadas em que a agricultura social permite diversificar as fontes de rendimento, prestando um serviço social à comunidade, apesar de estarem sujeitas às leis do mercado (Di Iacovo & O'Connor, 2009).

1.4 - Horticultura Social e Terapêutica

A horticultura social e terapêutica insere-se no âmbito mais alargado da agricultura social (Sempik et al, 2010), podendo ser implementada em instituições de saúde e reabilitação, de serviço social, de gerontologia, em situações de formação profissional, educação ambiental, valorização pessoal, ocupação útil do tempo e lazer, tendo sempre o objetivo de contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida das pessoas, nomeadamente, da sua saúde física, mental e emocional (Mourão, 2013).

A designação horticultura social e terapêutica é cada vez mais utilizada (principalmente no Reino Unido), devido à importância crescente da componente social nas atividades desenvolvidas e nos projetos de horticultura terapêutica (Sempik & Spurgeon, 2006). Segundo estes autores, a horticultura social e terapêutica permite ao cliente ser produtivo num ambiente não pressionado, desenvolver um sentido de identidade e de competência nas atividades de um jardineiro ou mais genericamente de um trabalhador, por oposição a ser um paciente. Esta mudança de perspetiva permite-lhe interagir socialmente, desenvolver uma rotina diária, participar na implementação de projetos, e por vezes ser remunerado, contribuindo assim para a integração no mercado de trabalho.

A longo de toda a história humana, a natureza tem sido considerada essencial para a sobrevivência, saúde e bem-estar. Mosteiros, igrejas, hospitais e prisões estão historicamente associados à existência de diferentes espaços ao ar livre para fins terapêuticos, principalmente com plantas ornamentais, plantas hortícolas e árvores de fruto (Sempik et al., 2010; Lindemuth, 2007; Frumkin, 2001). Na Idade Média os mosteiros e hospitais tinham incorporados pátios com arcadas e jardins interiores onde os pacientes se podiam abrigar.

Nos séculos XVII e XIX, houve um ressurgimento do interesse em usar ar fresco e luz solar para tratar a tuberculose, em hospitais para tratar pacientes psiquiátricos que, em vez de serem punidos para corrigir sua doença, estavam sendo reabilitados (Bird, 2007).

Nas sociedades antigas as plantas surgem associadas a processos terapêuticos (Lewis, 1995) e de bem-estar (Abramsson & Tenngart, 2006) pelas suas propriedades medicinais, a que ainda recorremos na atualidade. O uso de plantas nas terapias de saúde mental encontra-se instituído pela horticultura terapêutica (Kidd & Brascamp, 2004; Frumkin, 2001; Lewis, 1995), sendo os efeitos reparadores e terapêuticos do ato de cuidar as plantas empregues numa diversidade de contextos.

A horticultura como ferramenta terapêutica foi extensivamente utilizada após a 2ª Guerra Mundial para reabilitação de veteranos hospitalizados, tendo sido cada vez mais aceite e credibilizada ao longo dos anos e expandindo a sua aplicação a um maior número de diagnósticos e opções terapêuticas (AHTA, 2014). Podemos encontrar vários exemplos da aplicação da horticultura terapêutica nas últimas décadas (Mourão, 2013), designadamente: (i) a jardinagem na reabilitação física e emocional nos hospitais para veteranos de guerra nos EUA, após a II Guerra Mundial (Brown et al., 2011); (ii) a jardinagem e horticultura utilizadas para mudar a vida das pessoas com deficiência, em instituições como o Thrive, fundado em 1978, no reino Unido (Thrive, 2009, 2012); (iii) no Japão, onde a horticultura terapêutica foi desenvolvida a partir de 1980, devido ao aumento da população idosa e a um sistema insuficiente de tratamento para pacientes com demência (Yasukawa, 2009); ou (iv) na Suécia, onde a Federação dos Agricultores Suecos iniciou um projeto nacional, conjugando natureza e saúde e visando a formação de uma rede de trabalho, incluindo investigadores, autoridades públicas e empresas privadas do setor da saúde e da área do ambiente. Nesta articulação entre os domínios da natureza e da saúde, o trabalho desenvolvido nas quintas de saúde e de horticultura terapêutica beneficiou da cooperação entre os agricultores e os terapeutas (Abramsson & Tenngart, 2006).

Atualmente, a horticultura terapêutica aplica-se em hospitais dotados de jardins terapêuticos (Hartig & Cooper-Marcus, 2006), lares e centros de dia para idosos, comunidades terapêuticas, prisões e escolas de ensino especial (Maller et al, 2008; Lewis, 1990).

A prática da horticultura terapêutica apresenta diversos benefícios, pelo contacto com as plantas e participação em atividades de jardinagem e horticultura, sendo aplicável a pessoas de todas as idades, origens e capacidades. No entanto, também existe o conceito de terapia

hortícola, baseada no modelo da terapia ocupacional, que consiste no uso de plantas por profissionais treinados, como um meio de atingir determinados objetivos definidos clinicamente (Sempik et al., 2010; Relf, 2006; Sempik et al, 2003).

A horticultura terapêutica e a terapia hortícola são processos distintos, que usam plantas e horticultura para com fins similares. A diferença é que a terapia hortícola tem um objetivo clínico pré-definido, sendo operacionalizada por profissionais treinados, semelhante ao encontrado na terapia ocupacional, enquanto que a horticultura terapêutica é orientada para a melhoria do bem-estar do indivíduo de uma forma mais generalizada (Sempik et al., 2010).

O terapeuta horticultor utiliza a horticultura como ferramenta para potenciar a aquisição de novas competências e recuperar pessoas mentalmente debilitadas, ajudando a melhorar a memória, habilidades cognitivas, iniciação de tarefas, competências linguísticas e sociabilização. Ao nível da reabilitação física, a terapia hortícola ajuda a fortalecer os músculos e melhorar a coordenação, o equilíbrio e resistência (AHTA, 2014). Este tipo de terapia é visto de forma holística, sendo que também é usada em pacientes e pessoas que pretendem recuperar para os desafios da vida, como sobreviventes do cancro, pessoas em cuidados paliativos ou reclusos (Davies et al., 2014; Relf, 2006).

A horticultura terapêutica pretende desenvolver o bem-estar, utilizando plantas como meio de envolver as pessoas em atividades práticas com resultados positivos, através de um processo menos formal e menos direcionado. No Reino Unido, a horticultura terapêutica é amplamente promovida e aplicada a grupos com necessidades especiais, geralmente com deficiências físicas ou mentais e excluídos em situações laborais e sociais (Davies et al., 2014). Por este motivo, pode em muito casos ser descrita como horticultura social ou inclusiva, pois envolve grupos ou pessoas socialmente excluídas, como prisioneiros, delinquentes, toxicodependentes, alcoólicos ou sem-abrigo (Almeida, 2013; Rodrigues, 2013). Este processo pode também incluir grupos ou pessoas idosas em atividade ativas e pessoas vulneráveis.

Devido aos seus efeitos em termos de saúde mental, física e de inclusão, a sua aplicação tem sido defendida em programas de saúde mental (Mourão et. al., 2014; Gonçalves, 2013). Tem também sido usada para atenuar os problemas associados à saúde física, como os estilos de vida sedentários, obesidade e velhice (Carvalho & Cunha, 2013).

Nos últimos anos tem-se assistindo a um aumento da implementação de espaços de horticultura com objetivos terapêuticos, principalmente em projetos associados à área da

saúde, reabilitação e outros contextos terapêuticos. São espaços onde as plantas e os jardins proliferam como forma de facilitar a interação com os elementos de cura da natureza. As interações podem ser passivas ou ativas, dependendo do projeto e das necessidades do cliente e incluem hortas de cura, hortas de reabilitação e jardins/hortas restauradores (AHTA, 2014; Bastos, 2013; Dias, 2013).

As atividades de horticultura terapêutica podem incidir sobre diferentes objetivos, nomeadamente o produto, o processo, a aquisição de competências, a interação com os outros e a interação com o ambiente (Haller, 2006). Mesmo quando o objetivo global é a obtenção de um produto ou resultado final, este proporciona aos participantes um sentido de motivação e de valorização da experiência realizada. As metas terapêuticas podem também incidir sobre o processo de executar uma atividade, provocando neste caso uma melhoria do estado de espírito e o foco da atenção, resultando na recuperação da fadiga mental. A aquisição de competências pela realização de uma atividade, leva o participante a melhorar os seus conceitos e a quebrar ciclos negativos de concretização ou de autocontrolo, criando condições para outros desenvolvimentos terapêuticos. A interação social é facilmente obtida com atividades de horticultura estruturadas para fomentar a cooperação e a comunicação entre os participantes e com o terapeuta hortícola (Mourão, 2013).

Os programas de horticultura social e terapêutica podem incluir a propagação e o cultivo de diversas plantas, em situações de ar livre ou de interior; no solo, em canteiros ou em vasos; com plantas ornamentais, culturas hortícolas, plantas aromáticas e medicinais, flores comestíveis, pequenos frutos, podendo também incluir árvores e arbustos ornamentais ou de fruto (Mourão, 2013). Semear, plantar, sachear, conduzir, regar e colher um jardim ou uma horta-jardim são elementos importantes dos programas de horticultura social e terapêutica (CBG, 2006), assim como as visitas a espaços verdes e a paisagens naturais.

Podemos distinguir quatro tipos de programas de horticultura social e terapêutica (em sentido lato) (Diehl, 2007 e Thrive, 2009; citados por Mourão, 2013):

- Horticultura terapêutica/ocupacional, com participação ativa ou passiva, constituída por atividades/experiências com plantas, com práticas hortícolas e de jardinagem (de interior e de exterior) e ainda com paisagens naturais, tendo como objetivo contribuir para o bem-estar e melhoria da saúde dos seus participantes;

- Terapia com recurso à horticultura (terapia hortícola), com prática clínica em estabelecimentos de saúde ou de serviço social, integrando programas que têm por objetivo atingir metas específicas. O plano de tratamento segue processos que são considerados atividades terapêuticas sem ter por objetivo o produto final e requerendo um terapeuta treinado;
- Horticultura social/comunidade, relacionada com hortas comunitárias, jardinagem, programas de vida independente, prevenção em saúde e lazer e com o objetivo de promover a interação social e as atividades hortícolas
- Horticultura vocacional/profissional, que permite aos participantes portadores de deficiência, trabalhar na área da horticultura de forma independente ou semi-independente.

Os programas de horticultura social e terapêutica têm sido aplicados atualmente em inúmeras áreas de intervenção, numa grande variedade de organizações nacionais e internacionais, nos setores público e privado, da saúde, da solidariedade social e da educação, sendo de destacar os seguintes destinatários (Alston, 2010; Thrive, 2009; Diehl, 2007; Haller, 2006; Flagler, 1992):

- Programas comunitários de jardinagem, jardins públicos e hortas.
- Hospitais e centros de saúde mental e de reabilitação;
- Hospitais de crianças;
- Centros de dia, lares de idosos e comunidades de aposentadoria;
- Residenciais de cuidados paliativos e de pessoas com demência;
- Instituições de acolhimento de crianças e jovens sem família e de vítimas de abusos;
- Centros ou residenciais de acolhimento para jovens em risco ou em reabilitação (álcool e drogas);
- Centros de alojamento temporário de pessoas sem-abrigo;
- Centros de formação profissional para pessoas com deficiências de desenvolvimento ou outras;
- Estabelecimentos prisionais;
- Programas de educação especial e pós horário escolar, para crianças e jovens;

1.5 - Benefícios da horticultura social e terapêutica

A horticultura social e terapêutica, através do contacto privilegiado com a natureza, assume um papel relevante em termos de aprendizagem, valorização pessoal, interação social, ocupação útil do tempo, lazer e aumento da consciência ambiental e social, entre muitos outros resultados positivos (Mourão, 2013).

Existem inúmeros benefícios associados aos programas de horticultura social e terapêutica, sendo recorrente a literatura referir genericamente benefícios físicos (relativos classicamente à saúde física), mentais ou psicológicos, e sociais ou comunitários. Alguns autores incluem outras categorias de benefícios, pertencentes ao domínio ambiental e económico (Mourão, 2013).

Numa investigação de Browne (1992), foram reconhecidos cinco benefícios da horticultura social e terapêutica, nomeadamente (i) bem-estar psicológico, (ii) estimulação ambiental, (iii) autoexpressão, (iv) motivação para o exercício físico e (v) interação social e criação de uma rede de suporte (*networking*).

Maller et al. (2008), partindo da investigação empírica, englobou os benefícios em 7 categorias, a saber, (i) bem-estar físico e mental, (ii) bem-estar social e comunitário, (iii) bem-estar económico, (iv) bem-estar ambiental, (v) satisfação com a vida, (vi) bem-estar espiritual e existencialista e (vii) outras características valorizadas pelos seres humanos associados à natureza (ser acessível, gratuita, não elitista e ter um potencial de servir o bem-estar e saúde públicos).

Apresenta-se em seguida uma listagem extensiva de benefícios encontrados na literatura, segundo as componentes biológico, psicológico e social (Mourão, 2013).

Benefícios físicos - podemos encontrar benefícios ao nível sistema imunológico, diminuição do colesterol e dos fatores de risco de patologias cardíacas, coordenação motora, coordenação óculo-manual, prevenção da osteoporose, aumento da atividade física, mobilidade e flexibilidade, resistência e força, diminuição da perceção da dor.

Benefícios mentais ou psicológicos - podemos encontrar benefícios ao nível da qualidade de vida, autoestima e autoconfiança, sensação de bem-estar, redução do stress e cansaço mental, diminuição da ansiedade, diminuição de sintomas da depressão (tristeza e humor negativo), perceção de controlo e de autonomia, sensação de valor pessoal e de identidade, sentimentos de calma e relaxamento, sensação de estabilidade, satisfação pessoal, orgulho e sentido de

produtividade, melhoria na capacidade de introspecção e do autoconhecimento (a planta como metáfora do ciclo de vida humano), diminuição da heteroagressividade, diminuição da percepção de solidão, melhoria da concentração, estimulação da memória, capacidade de atingir objetivos, melhoria da expressão verbal, capacidade de atenção e expressão criativa.

Benefícios sociais ou comunitários - podemos encontrar benefícios ao nível da integração social, interação social, padrões saudáveis de funcionamento social, bem-estar social, sentimento de pertença ao grupo e sentido de responsabilidade.

Atividades com plantas realizadas com diferentes grupos de participantes produzem os mesmos benefícios, designadamente o aumento da autoestima (principalmente dentro do próprio grupo) e da autoconfiança (Lee et al, 2008; Lewis, 1995). Verificou-se que estes benefícios são despoletados pelo sucesso no crescimento das plantas - particularmente quando surgem as flores ou frutos e pela atitude positiva da comunidade em relação aos resultados alcançados (Elings, 2006).

Diversos estudos mostram que os espaços verdes podem incentivar as pessoas a desenvolver exercício físico, beneficiando a saúde física das mesmas, para além do alívio do stress e da fadiga mental, já referidos previamente. Esta atividade física em jardinagem tem diversos efeitos positivos na saúde, mais especificamente na redução dos fatores de risco das doenças cardiovasculares e no tratamento de patologias mentais, como a ansiedade e a depressão (Sempik et al., 2003; Kaplan, 1992). Foram encontradas alterações ao nível da tensão muscular, condução da pele e pulsação, que foram posteriormente correlacionadas com a redução da pressão sanguínea (Ulrich et al., 1991; Dixon et al., 1987). Vários estudos em programas de horticultura terapêutica demonstraram os efeitos positivos em relação ao comportamento de pacientes de esquizofrenia e a pacientes que sofrem de depressão (Song & Sim, 1999).

Podemos encontrar na literatura variados estudos acerca das vantagens associadas aos jardins terapêuticos em contexto hospitalar. Um desses estudos revelou que as visitas ao jardim de um hospital pediátrico resultavam numa experiência reparadora para as crianças pacientes (Whitehouse et al., 2001). Um estudo subsequente realizado no mesmo hospital (Sherman et al, 2005) constatou efeitos positivos ao nível da «ansiedade, tristeza, raiva, preocupação, cansaço e dor» nos pacientes que frequentavam os jardins, quando em comparação com os pacientes restringidos ao edifício hospitalar. Estão identificados benefícios do contacto do homem com a natureza, mesmo quando de forma passiva, sendo associados às qualidades

das próprias das plantas, como os seus elementos visuais e olfativos, que reforçam um sentido de tranquilidade e fascínio (Kaplan, 1992), favoráveis ao relaxamento e à reflexão. Park e Mattson (2009) verificaram a existência de correlação positiva entre a presença de plantas nas enfermarias de um hospital e a recuperação dos pacientes. O estudo demonstrou que 93% dos pacientes com plantas nos seus quartos responderam positivamente na recuperação, reportando um menor nível de dor.

Um programa de horticultura terapêutica definido para sujeitos com afasia, uma perturbação da comunicação caracterizada pela dificuldade na linguagem e na compreensão do discurso, revelou resultados assinaláveis ao nível cognitivo e social (Sarno & Chambers, 1997).

A horticultura terapêutica está associada a uma diversidade de benefícios dos quais se destaca os resultados na diminuição do stress (Fried & Wichrowski, 2009; Ulrich et al, 1991), bem como dos sintomas da depressão, a saber a tristeza e o humor negativo (Alston, 2010). Existe uma relação mútua entre a pessoa e a planta, que se constitui como uma via terapêutica para os cuidados de saúde mental em pacientes com depressão, permitindo-lhes reforçar estratégias com resultados efetivos na redução dos seus sintomas (Alston, 2010; Fried & Wichrowski, 2009; Gonzales et al, 2009).

Segundo Parker (2004), o recurso à horticultura terapêutica num estabelecimento residencial para pessoas com patologia mental revelou benefícios ao nível da promoção da interação social, promovendo o desenvolvimento da criatividade e a autoexpressão, e aumentando a autoestima e autoconfiança. No entanto, o efeito social e terapêutico da horticultura, focado em estudos desenvolvidos no Reino Unido (Sempik et al., 2003) e em Taiwan (Chen et al., 2010), focaram a dificuldade e subjetividade da comprovação do mesmo. No Reino Unido o efeito foi avaliado através da revisão de 300 artigos publicados, que incluíam pessoas em recuperação de doenças graves ou lesões, pessoas com deficiência física, dificuldades de aprendizagem, problemas de saúde mental, idosos, criminosos e dependentes de medicamentos ou álcool. Os benefícios percebidos encontrados incluem o aumento da autoestima e autoconfiança, o desenvolvimento de conhecimentos em horticultura, aumento das relações sociais e de trabalho, maior alfabetização, aumento de conhecimentos matemáticos, uma maior sensação de bem-estar geral e a oportunidade de interação social e desenvolvimento de independência (Sempik et al., 2003). Em Taiwan, foram exploradas as componentes comportamentais associadas às atividades em horticultura, tendo por base entrevistas abertas e um questionário. A informação recolhida permitiu a identificação de

melhorias em cinco componentes: o aumento do humor positivo, o aumento da crença relativamente ao meio ambiente e lazer, melhoria das relações sociais e fuga ao quotidiano (Chen et al., 2010).

Junto com o conceito de horticultura social, com foco na interação social e nas atividades de horticultura, a horticultura terapêutica está associada a uma variedade de benefícios nos níveis físico, emocional, cognitivo e social, e enquadra-se em diferentes âmbitos, como programas de jardinagem urbana, educação ambiental, reabilitação psicossocial, inclusão social e apoio aos idosos, deficientes ou dependentes de cuidados de saúde. A horticultura terapêutica constitui uma via terapêutica nos cuidados de saúde mental em pacientes com depressão, esquizofrenia (Ascencio, 2019; Minei et al., 2008; Son et al., 2004), Alzheimer e outros transtornos de saúde mental (Cipriani et al., 2017). Apesar de se encontrarem na literatura inúmeros benefícios da horticultura terapêutica em indivíduos com transtornos mentais, não existem evidências que contribuam para compreender se as atividades de horticultura terapêutica têm vantagens quando comparadas com as terapias ocupacionais mais convencionais.

Devido à grande diversidade de benefícios existentes na literatura e com o objetivo de contextualizar e interligar as várias categorias de benefícios da horticultura terapêutica, para desta forma enquadrar teoricamente áreas de avaliação, Relf (2006) apresentou uma revisão do seu modelo gráfico dos benefícios da horticultura terapêutica, conforme apresentado na figura 1.1.

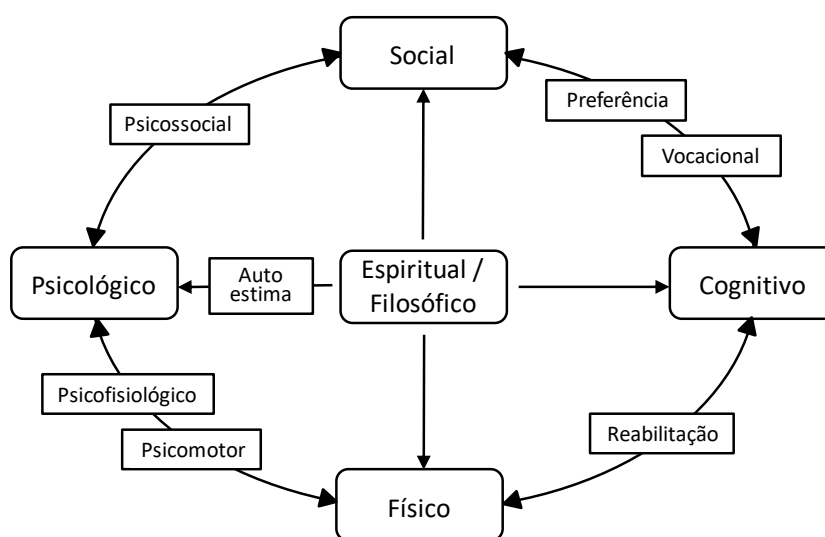


Figura 1.1 - Modelo dos benefícios da Horticultura terapêutica adaptado de Relf (2006), citado por Mourão (2013).

Este modelo mostra as várias vertentes humanas afetadas pelo contacto com a natureza e com as plantas, demonstrando assim a enorme amplitude que a horticultura terapêutica pode ter ao nível da melhoria da qualidade de vida das pessoas. Permite enquadrar os benefícios de acordo com a sua composição em função de cinco componentes principais, designadamente as componentes Espiritual/Filosófico, Psicológico, Cognitivo, Físico e Social. A análise do modelo indica que este pode ser aplicado a contextos clínicos e não clínicos, dada a sua abrangência. Nota-se também que não está especificamente focado na atividade de horticultura terapêutica, pelo que poderá ser aplicado a uma diversidade de atividades, inclusivamente ao nível de outros campos de atuação. A bidimensionalidade do modelo não permite, no entanto, todas as combinações e pesos de cada uma das cinco componentes aí presentes, por uma limitação da representação gráfica das interações.

1.6 – Relação entre a solidão social e emocional e a horticultura social e terapêutica

Podemos encontrar na literatura múltiplas definições de solidão. Trata-se de uma experiência aversiva e angustiante com consequências potencialmente graves (Weiss, 1987; Perlman, 1983; Peplau & Perlman, 1982). A solidão tem sido associada a um conjunto de problemas psicológicos e somáticos (DiTommaso & Spinner, 1997; West et al., 1986; Hojat, 1983; Lynch, 1977), estimando-se que num dado momento, uma em quatro pessoas sofra de solidão (Cutrona, 1982; Perlman, 1988). A solidão é também muitas vezes associada a um baixo nível de satisfação com a vida (Goodwin et al., 2001; Neto, 1995; Gray et al., 1992), alcoolismo, suicídio e doença física (Ernst & Cacioppo, 1999).

Durante os últimos 20 anos, evidenciaram-se duas conceptualizações principais sobre a solidão. Uma delas considera a solidão como um estado que varia apenas em intensidade e resulta dos défices numa variedade de relações (Russell, 1982, 1996; Russell et al., 1980). A outra aborda a solidão como uma experiência multidimensional e específica em cada domínio (Weiss, 1987, 1998). Segundo esta última, apesar de os diferentes tipos de solidão partilharem um núcleo comum, os défices em diferentes relações e as consequências associadas à solidão num determinado domínio de relação podem ser qualitativamente diferentes (DiTommaso & Spinner, 1993, 1997; Weiss, 1987, 1998; Russell et al., 1984; Schmidt & Sermat, 1983). Segundo Weiss (1987), a natureza multidimensional da solidão apresenta dois tipos distintos: um é a experiência do isolamento emocional e o outro o do isolamento social. Este autor (Weiss, 1998) propôs dois tipos básicos de relações que refletem a especificidade do domínio da solidão. Em primeiro lugar as afiliações associadas

às relações sociais, tais como amizades e relacionamentos no local de trabalho, cuja falta se traduz em sentimentos de solidão social. Em segundo lugar, os “apegos” que podem ser encontrados em relacionamentos íntimos existentes em laços de par românticos e no relacionamento cuidador-criança. Deficiências nesses relacionamentos podem levar um indivíduo a experimentar a solidão emocional.

1.7 – Relação entre a felicidade subjetiva e a horticultura social e terapêutica

O conceito de felicidade faz parte do senso comum, sendo utilizado na linguagem do dia. Este fato torna o seu estudo científico mais complexo, pelo que alguns investigadores optam pelo uso de conceitos mais específicos, enquanto que outros tentam tirar partido da sua subjetividade (Diener, 2006).

Já na antiguidade, o filósofo pré-Socrático Democritus, defendia que a felicidade consistia numa vida feliz, que dá prazer, e que o importante não era o que a pessoas possuía, mas sim a forma como ela reagia às circunstâncias da vida (Diener et al. 2003). Mais tarde, Sócrates, Platão, e Aristóteles adotaram a perspetiva de felicidade eudemónica, que consiste na posse de grande quantidade de bens (Diener et al. 2003). Isto, apesar de Aristóteles ser apologista de que a felicidade consiste na realização total do potencial pessoal, não sendo o prazer um elemento central na definição. Para os hedonistas como Aristippus, a felicidade consistia na soma de muitos prazeres momentâneos e o objetivo da vida era a procura do prazer adaptando as circunstâncias a si próprio, mantendo o controlo sobre a adversidade e a prosperidade (Diener et al. 2003).

Segundo a literatura, a felicidade é um indicador de bem-estar subjetivo (Diener, 2006; Lyubomirsky & Lepper 1999). No entanto, existem diversas medidas similares, como satisfação com a vida, qualidade de vida, bem-estar, sendo muitas vezes usadas como sinónimos Veenhoven (1997; 2000). A felicidade pode, por outro lado ser também interpretada como prazer, satisfação com a vida, emoções positivas, vida plena ou sensação de contentamento (Diener et al., 2003). A investigação sobre a felicidade começou por a utilizar como um equivalente de contentamento, satisfação com a vida e uma sensação de bem-estar (Ramm, 1996). Por definição, a felicidade é o grau no qual a pessoa avalia globalmente a qualidade da sua vida de uma forma positiva, ou seja, quanto a pessoa gosta da vida que leva (Veenhoven, 1997).

Lyubomirsky e Lepper (1999) dizem que a “felicidade subjetiva”, consiste numa avaliação subjetiva que uma pessoa faz se é feliz ou infeliz. A capacidade que algumas pessoas têm para ser felizes, mesmo perante circunstâncias adversas é impressionante, mesmo não sendo claro quais os fatores naturais ou educacionais que explicam essa capacidade Lyubomirsky, (2001). Por exemplo, embora algumas pessoas sintam que alcançaram a felicidade quando são suficientemente ricas, outras requerem amor verdadeiro ou salvação espiritual ou simplesmente uma disposição rosada, a maioria das pessoas sabe que são felizes ou que não o são.

A felicidade subjetiva ou o bem-estar subjetivo são pertinentes para a saúde mental, mas não são sinónimos nem têm uma relação perfeitamente definida (Diener et al., 1997). Lyubomirsky e Lepper (1999) desenvolveram uma medida global de felicidade subjetiva, baseada na perspetiva do respondente, sendo pedido ao mesmo que faça um julgamento global em que medida é feliz ou infeliz. O desenvolvimento desta nova escala baseou-se numa abordagem subjetivista (e.g. Diener, 1996; Lyubomirsky, 1994), que considera a felicidade na perspetiva do inquirido. Dado que estamos preocupados com a felicidade global e subjetiva, parece razoável e apropriado que o juiz final da felicidade seja "quem vive dentro da pele de uma pessoa" (Myers & Diener, 1995; Diener, 1994).

1.8 - Centro Hospitalar Conde de Ferreira

1.8.1 - História

O Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF) é uma unidade assistencial de referência nacional e internacional na área da Saúde Mental.

Foi o primeiro hospital construído de raiz para a Psiquiatria em Portugal (1883), assumindo-se, desde logo, como um estabelecimento inovador. Já na altura tiveram em conta a sua localização pois tinha de ter terreno suficiente extenso, para que nele pudessem ser criados jardins, prados e terras de sementeira, onde os pacientes pudessem ocupar-se, segundo as suas capacidades.

O primeiro Diretor Clínico, António Maria de Sena, criou um modelo de organização hospitalar arrojada para o seu tempo. António Maria de Sena foi, ainda, o responsável pela criação da primeira lei psiquiátrica em Portugal, a chamada Lei Sena. Ele descreve a quinta do Hospital Conde de Ferreira no seu livro “Os Alienados em Portugal” (Sena, 2003, 1ª

Edição em 1883 Parte I e 1884 parte II), da seguinte forma: “A vegetação é abundante e luxuosa: cultivam-se nela verduras de diferentes castas, árvores de fruta, e nas elevações de mais ingrata estrutura estendem-se pinheirais já feitos, que compõem a paisagem do sítio e embalsamam a atmosfera”.

O recinto do Hospital Conde de Ferreira, com uma superfície de 120.000 metros quadrados, permitiu desde o início a existência de amplas áreas ajardinadas e de cultivo envolventes ao corpo principal do hospital. Através da fruta recolhida durante o primeiro biénio, sabemos que na quinta existiam, em consonância com a descrição de Sena, além de abundantes pinheiros, muitos tipos de árvores de fruto, entre outras, cerejeiras, damasqueiros, pereiras, limoeiros, laranjeiras, macieiras e figueiras (Sena, 1885, citado por Gomes, 2019). A importância da produção de fruta resultou na criação de um pomar, em 1902, junto à avenida sul, de pereiras, macieiras, ameixoeiras, cerejeiras e tangerineiras, sendo também contruído um tanque com capacidade de 40 m³ para o fornecimento de água ao pomar (SCMP, 1902, citado por Gomes, 2019).

A preocupação de Sena pelos espaços envolventes do hospital e pelo seu papel no tratamento e recuperação dos pacientes é evidente na descrição do funcionamento das enfermarias, as quais tinham “jardins ou parques para passeio” que estavam “em comunicação com as enfermarias” o que possibilitava que, geralmente, “permitindo-o o tempo, todos os pacientes passassem a maior parte do dia ao ar livre.” (Sena, 2003).

No relatório de atividades do primeiro biénio do hospital, Sena refere que se empregavam muitos pacientes” em trabalhos agrícolas na quinta e jardinagem” (Sena, 1885, citado por Gomes, 2019), o que reflete que o trabalho manual em geral, a jardinagem e as atividades agrícolas em particular, faziam parte do tratamento dos pacientes para além de permitirem a sustentabilidade económica do hospital no seu conjunto.

Assim concluímos que durante o século XVIII a Psiquiatria enveredou por um caminho que ligou os psiquiatras, pacientes, botânicos e plantas, no âmbito do efeito terapêutico do contato com a natureza. Este princípio do efeito curativo não foi, contudo, exclusivo da Psiquiatria, e foi partilhado ao longo da história por outras especialidades médicas.

Vocacionado para a assistência, formação e investigação na área da Psiquiatria e Saúde Mental, o Centro Hospitalar Conde de Ferreira continua a assegurar um apoio técnico e humanizado, através de cuidados prestados em regime de internamento e de ambulatório, a pacientes psiquiátricos ou com perturbações aditivas.

1.8.2 - Objetivos e Valências

A atividade clínica do Centro Hospitalar Conde de Ferreira é desenvolvida em regime de Ambulatório e de Internamento, possuindo as seguintes áreas clínicas:

- Hospital de Dia - A população-alvo é constituída por pessoas com doença mental grave, que necessitam de programas de reabilitação, de uma resposta individualizada de cuidados que lhes proporcionem a melhor integração possível na comunidade e uma otimização da qualidade de vida. São objetivos do Hospital da Dia a aquisição/recuperação de aptidões práticas necessárias para que o utente viva e conviva na comunidade, a aprendizagem de estratégias para fazer face às incapacidades e potencializar capacidades como cozinhar, fazer orçamentos, planificar e fazer compras, manutenção da casa e usar diferentes meios de transporte.
- Terapia Ocupacional - Promove e utiliza o envolvimento em ocupações como elemento terapêutico. Na sua abordagem avalia e intervém a três níveis - na pessoa, na ocupação e no contexto - por forma a promover a saúde e o bem-estar. Tem como objetivo a promoção, prevenção, habilitação e reabilitação do desempenho ocupacional, relacionadas com uma desvantagem, disfunção/doença mental ou física, permanente ou temporária. No Serviço de Terapia Ocupacional existe uma variedade de atividades individuais e em grupo que nos permitem implementar diferentes objetivos terapêuticos com vista à reabilitação psicossocial dos utentes integrados. A Terapia Ocupacional ajuda a promover as competências motoras, cognitivas, de processamento sensorial e de comunicação.
- Consulta Externa - Atendimento de pacientes em regime de Consulta Externa nas áreas de Psicologia Clínica, Psiquiatria e Nutrição.
- Centro de Dia para Doentes de Alzheimer e Outras Demências - acolhe utentes com diagnóstico de Doença de Alzheimer ou outras demências, de ambos os sexos e preferencialmente em fase leve a moderada da doença, residentes no concelho do Porto.
- Internamento - unidade desenhada para internamentos, de carácter temporário ou permanente, que presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças psiquiátricas graves ou processos crónicos, com diferentes níveis de deterioração cognitiva e/ou dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Tem como principal objetivo contribuir para o bem-estar e

qualidade de vida destas pessoas, com perda transitória de autonomia, recuperável ou não, que necessitam de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, em regime de internamento de longa duração, na sequência de internamento hospitalar ou por ausência de suporte familiar e/ ou condições adequadas às suas necessidades no seu domicílio. Apresenta as seguintes valências:

- Doentes com Perturbações Aditivas - Tratamento em regime de internamento completo para desintoxicação de substâncias de abuso e definição de um projeto terapêutico, destinado a pacientes com dependência ou abuso de álcool, café, fármacos ou outras substâncias.
- Doentes de Evolução Prolongada - Tratamento de pacientes com doença crónica, que de acordo com o quadro clínico e evolução da doença necessitam de um período de internamento mais dilatado.
- Doentes psiquiátricos de curta e média duração - Tratamento de curta duração, em regime de internamento completo, de pacientes com patologia psiquiátrica.

1.8.3 - Caracterização dos Utentes

O Centro Hospitalar do Conde Ferreira dá hoje resposta, diariamente, a 320 utentes distribuídos por 8 unidades de internamento com uma média de idades situada nos 51,4 anos e com uma média de internamento nos 8,5 anos (quadro 1.1).

Quadro 1.1 - Análise descritiva global dos utentes do CHCF.

	Nº de Utentes	Média de Idade	Média do tempo de internamento (Nº anos)
Paulo VI	27	51,62	3,12
Sobral Cid	41	40,75	10,69
Júlio de Matos	52	55,56	8,22
Magalhães Lemos	42	35,95	11,18
S. João	30	51,96	8,12
Hospital de Dia	14	53,64	13,92
João XXIII	58	70,28	4,24
João Paulo II	56	71,33	3,29
Médias	320	51,40	8,50

Origem

Efetuada uma observação da origem dos utentes atuais do CHCF, constata-se que a maioria é originária da Área Metropolitana do Porto, verificando-se, no entanto, outras origens, de menor expressão, ao longo de toda a Região Norte.

Idade

Não obstante a idade média dos utentes se situar nos 57,8 anos, cerca de 80% dos utentes do CHCF possuem uma idade superior a 49 anos, sendo que, 67,0% se encontram na faixa etária mais predominante, entre os 49 e 79 anos de idade (quadro 1.2). A idade dos utentes determina, assim, que os cuidados de saúde aos utentes do CHCF vão muito para além dos cuidados de saúde mental. De realçar que, o utente mais novo possui 18 anos e o mais idoso 98 anos.

Quadro 1.2 - Distribuição dos utentes do CHCF por intervalos etários e unidade de internamento.

	[18- 28[	[29- 38[	[38- 48[	[48- 58[	[58- 68[	[68- 78[	[78- 88[	[88- ...[
Paulo VI	1	3	3	9	8	1	1	0
Sobral Cid	0	3	4	9	7	16	2	0
Júlio de Matos	1	6	10	10	14	6	3	0
Magalhães Lemos	1	2	6	14	14	4	1	0
S. João	0	1	5	10	8	2	1	0
Hospital de Dia	0	1	2	7	2	2	0	0
João XXIII	2	1	2	4	11	19	17	2
João Paulo II	0	0	4	7	10	16	8	11

Tempo de Internamento

O tempo de internamento médio no CHCF situa-se nos 8,5 anos, sendo que 44,0% dos utentes se encontram em regime de internamento/apoio há mais de uma década e 38,0% dos utentes já atingiram um tempo de internamento superior a 15 anos (quadro 1.3).

Das oito unidades de internamento, a unidade Paulo VI é a que possui o menor tempo médio de internamento dos utentes, cerca 3,1 anos e a unidade com registos de maior tempo médio

de internamento é o Hospital de Dia, cujos utentes possuem um tempo médio de internamento de mais de 13 anos.

Quadro 1.3 - Distribuição dos utentes do CHCF por tempo de internamento e unidade de internamento.

	[0-2[	[2-4[	[4-6[	[6-8[	[8-10[	[10-12[	[12-14[	[14-16[
Paulo VI	7	8	12	0	0	0	0	0
Sobral Cid	7	3	3	0	1	1	3	23
Júlio de Matos	11	3	1	4	3	1	2	27
Magalhães Lemos	5	5	1	1	1	1	4	24
S. João	12	1	1	2	0	0	0	14
Hospital de Dia	1	0	0	0	0	1	1	11
João XXIII	14	27	3	0	0	0	0	13
João Paulo II	29	9	3	0	1	4	1	9

Patologias

Apesar de existir uma grande variedade de patologias, cada uma com as suas especificidades, podemos considerar que estas podem ser agrupadas em esquizofrenia, demência, debilidade e perturbação de humor, sendo que 47,8% apresenta o diagnóstico de esquizofrenia (quadro 1.4).

Quadro 1.4 - Distribuição dos utentes do CHCF segundo a sua patologia clínica

	Total
Esquizofrenia	154
Demência	74
Debilidade	88
Perturbação de Humor	6

1.9 - Parque José Avides Moreira

1.9.1 - Objetivos e valências

O Parque José Avides Moreira, foi inaugurado em março de 2015, está inserido num dos espaços verdes do Centro Hospitalar Conde de Ferreira no centro da cidade do Porto. É um projeto em conjunto entre a Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP) e o Serviço Intermunicipalizado de Gestão de Resíduos do Grande Porto (LIPOR), que tem como objetivos fundamentais promover a qualidade de vida, o bem-estar e a interação entre a natureza e a comunidade hospitalar e público em geral.

É constituído por três hectares de terreno e apresenta as seguintes valências:

- Hortas comunitárias e pedagógicas (230 talhões);
- Viveiros terapêuticos;
- Pomares de citrinos;
- Área de pequenos frutos;
- Jardim das camélias;
- Zona de plantas aromáticas e medicinais;
- Charca;
- Zona de compostagem;
- Parque infantil e parque de merendas.
- Pony Club do Porto;

A parceria com a LIPOR, no âmbito do seu "Projeto Horta à Porta - Hortas Biológicas da Região do Porto", permitiu implementar um espaço multidisciplinar onde estão presentes diferentes valências integradas, que vão além dos modelos padrão habitualmente aplicados em estruturas deste tipo e já implementados na Área Metropolitana do Porto.

O Parque José Avides Moreira disponibiliza ainda eventos e workshops relacionados com boas práticas ambientais, saúde e agricultura biológica. São também organizadas visitas ao espaço para escolas, associações e população em geral.

1.9.2 - Hortas comunitárias e pedagógicas

A implementação de hortas comunitárias está alinhada com a sensibilização sobre o modo de vida rural e os ciclos agrícolas, permitindo a interação social entre os seus utilizadores, promovendo o seu bem-estar físico e mental.

No Parque José Avides Moreira são disponibilizados 230 talhões com cerca de 30 m², direcionados para a população em geral, sendo dada preferência aos residentes das freguesias mais próximas. A dimensão dos talhões permite cultivar produtos hortícolas em quantidade suficiente para uma família de 4 elementos.

A atribuição dos talhões segue determinados critérios tais como: inscrição no projeto Horta à Porta – Hortas Biológicas da Região do Porto e serem moradores das freguesias do Bonfim e Paranhos, na cidade do Porto.

O modo de cultivo deverá seguir os preceitos da agricultura biológica, devendo todos os utilizadores frequentar uma formação inicial sobre este tema, sendo este um dos requisitos para atribuição de um talhão. Pretende-se que estes aprendam a cultivar sem a utilização de quaisquer químicos, promovendo uma cultura de harmonização com a natureza.

O consumo dos produtos cultivados permite aliviar a economia familiar e obter benefícios económicos indiretos. Por outro lado, os produtos das hortas são considerados mais saudáveis pelo fato de serem biológicos, diversificados e por se conservarem melhor após a colheita.

1.9.3 - Área destinada à horticultura terapêutica

O Parque contempla, um vasto programa de Terapia Ocupacional no qual beneficiam os utentes do CHCF, que foram selecionados de acordo com as suas características sociais, cognitivas, físicas e perfil ocupacional. A área destinada à horticultura terapêutica é de aproximadamente 2500 m² e contempla os viveiros e a estufa.

Os viveiros têm como principais objetivos permitem estimular o olfato, paladar e visão, utilizar as capacidades motoras do corpo, estimular a memória e a concentração, promover a interação social, adquirir conhecimentos sobre as plantas, aprender novas tarefas e estimular a criatividade e o planeamento. Pretende-se que os utentes aprendam a cultivar sem a utilização de quaisquer químicos, praticando a agricultura biológica, que promove

uma melhor utilização dos recursos naturais e previne diversos problemas relacionados com a saúde das pessoas.

Esta atividade teve início em julho de 2017 e foi realizada em conjunto com as terapeutas do CHCF, tendo sido preparado um mapa semanal onde se definiram os grupos e horários respetivos e realizada uma avaliação individual dos utentes. As atividades decorreram da parte da manhã, de segunda a sexta-feira, num total de 15 h/semana. Foram incluídos na atividade 25 utentes e em cada sessão de cerca de 2 h, participaram cerca de 8 utentes. Estes utentes pertenciam às enfermarias Sobral Cid, João XXII, São João, Magalhães Lemos, Júlio de Matos, Paulo VI e Hospital Dia.

1.10 - Objetivos do estudo

Embora possam ser encontrados na literatura inúmeros benefícios da Horticultura Terapêutica (HT) em pessoas com doença mental, são escassas as informações que permitam compreender se as atividades de HT têm vantagens quando comparadas com as terapias ocupacionais mais convencionais (TO), como por exemplo exercício físico, dança, música ou trabalho manual, sendo este o principal objetivo do presente estudo.

O estudo decorreu no Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF) pertencente à SCMP e incluiu os utentes que frequentaram as atividades de Horticultura terapêutica (durante um ano, num total de cerca de 106 h/utente) entre outras atividades de TO e utentes que não participaram nas atividades de HT, mas que frequentaram outras atividades de TO. Os objetivos da investigação consistiram na análise da relação entre a frequência ou não de atividades de HT e os itens de dois instrumentos de avaliação validados para a população Portuguesa, a Escala de Felicidade Subjetiva (Pais-Ribeiro, 2012) e a Escala de Solidão Social e Emocional (Fernandes & Neto, 2009), e, ainda, a relação com algumas variáveis sociodemográficas, clínicas, número de atividades frequentadas e preferências por parte dos utentes, assim como mudanças percecionadas pela frequência da atividade HT para o grupo de utentes que a frequentaram.

2 - METODOLOGIA

2.1 - Amostra do estudo

O CHCF teve a amabilidade de permitir a recolha de informação acerca dos seus utentes e desta forma viabilizar este estudo. Foi recolhida informação relativa a 40 utentes que frequentavam atividades de Terapia Ocupacional e mais recentemente atividades de Horticultura Terapêutica.

O estudo incluiu todos os utentes que frequentavam as atividades de Horticultura terapêutica entre outras atividades, que eram de 25 (com 22 respostas válidas para os instrumentos de avaliação) (Grupo HT), e 15 utentes que não participaram em atividades de Horticultura terapêutica, mas que frequentavam outras atividades que incluíram: Dança, movimento e terapia, Educação física, Natação terapêutica, Práticas teatrais, Terapia assistida por animais, Encadernação e cartonagem, Expressão plástica, Lavoros e Musicoterapia (Grupo TO).

As atividades realizadas dependeram das capacidades e mobilidade dos utentes. Nos grupos com menor mobilidade, como é o caso dos utentes da Enfermaria João XXII, foram realizadas atividades mais simples como identificação de plantas aromáticas e medicinais, plantas ornamentais e árvores, identificação de tipos de sementes e preparação de substratos.

Os utentes com maior autonomia realizaram atividades de propagação vegetativa, sementeira, plantação, monda, sacha, rega e colheita de frutos vermelhos e de diversos produtos hortícolas. Realizaram também atividades de limpeza da estufa, preparação do terreno com incorporação do composto no solo, revolvimento e rega das pilhas de compostagem e a limpeza dos caminhos da horta comunitária.

Para acompanhar a evolução dos pacientes foram realizadas reuniões semanais com as terapeutas, para se analisar a forma como decorreram as atividades.

2.2 - Instrumentos

O estudo baseou-se na administração de dois questionários elaborados essencialmente com questões de múltipla escolha e duas escalas de avaliação validadas para a população portuguesa: Escala de Felicidade Subjetiva (Pais-Ribeiro, 2012) e Escala de Solidão Social e Emocional (Fernandes & Neto, 2009), aqui referidas como a forma abreviada da 'Escala

de Solidão Social e Emocional para Adultos' (SELSA-S, DiTommaso et al., 2004) e a 'Escala de Felicidade Subjetiva' (FS, Lyubomirsky & Lepper, 1999).

Questionários

O primeiro questionário, composto por dados sociodemográficos e clínicos, foi respondido pela equipa do hospital e incluiu sexo, idade, residência, nível educacional, estado civil, composição familiar, atividade profissional anterior e número de anos de trabalho; dados clínicos como diagnóstico, gravidade, grau de dependência, número de anos no CHCF, ingestão de medicamentos, expectativa de saída da instituição; a existência de um tutor que não seja o cliente, a frequência de visitas de familiares ou outros e o número e periodicidade das atividades frequentadas (Anexo III).

O segundo questionário consistiu em cinco perguntas sobre a expectativa de sair da instituição e preferência de atividades ocupacionais. No Grupo HT as perguntas incluíram, ainda a preferência de atividades e o que mudou com a frequência da HT e porquê (Anexo IV).

Escala de Solidão Social e Emocional para Adultos (SELSA-S)

Os autores DiTommaso e Spinner (1993, 1997) desenvolveram uma medida teórica multidimensional de 37 itens, consistente com a distinção de Weiss (1973) entre a experiência de isolamento emocional (solidão emocional) e a de isolamento social (solidão social). A Escala de Solidão Social e Emocional para Adultos (SELSA; DiTommaso & Spinner, 1993) também distingue o domínio de solidão emocional em: solidão emocional familiar e solidão emocional romântica.

Apesar dos bons resultados obtidos com a aplicação da escala SELSA (Cramer & Barry, 1999), tornou-se evidente a necessidade de uma medida mais curta e multidimensional que pudesse ser usada em ambientes clínicos e de pesquisa, capaz de proporcionar maior eficiência. Assim, dos 37 itens da versão completa da SELSA (DiTommaso & Spinner, 1993) foram selecionados 15 itens, sendo a seleção dos itens baseada na variância e na necessidade de proporcionar um equilíbrio entre os itens de redação negativa e positiva. Esta nova escala reduzida foi designada por SELSA-S, correspondendo à “short version” da SELSA. Este instrumento, na sua versão reduzida, construído por DiTommaso et al. (2004) foi validado para a população Portuguesa por Fernandes & Neto (2009). Quanto mais

elevada for a pontuação da escala, mais elevada será a solidão experienciada pelo indivíduo (Anexo V).

A escala SELSA-S avalia o nível de solidão experimentada pelos indivíduos em três contextos: social, associado à falta de amigos e relações sociais satisfatórias que podem atender às necessidades do indivíduo; família, associada à falta de um ambiente familiar em que o indivíduo se sinta apoiado e romântico, associado à necessidade de apego e definido como uma dificuldade para alguns indivíduos em iniciarem um relacionamento afetivo/amoroso satisfatório ou manter um relacionamento romântico nos níveis desejados de intimidade ou proximidade emocional (DiTommaso et al., 2004). As três subescalas são constituídas por 5 itens, nomeadamente, a solidão social (itens 2, 5, 7, 9, 13), a solidão emocional familiar (itens 1, 4, 8, 11, 12) e a solidão emocional romântica (itens 3, 6, 10, 14, 15). A escala é composta por 15 itens na forma de afirmações, que são respondidos numa escala *Likert* de 7 pontos, variando de “totalmente em desacordo” a “totalmente de acordo”, havendo uma opção de resposta neutra 4 “indiferente”.

Em alguns itens das três subescalas, nomeadamente 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12 e 14 (Anexo V), para se obter a pontuação positiva tem de se inverter a pontuação, isto é, à opção “Totalmente em desacordo” deve-se atribuir sete (7) pontos e no extremo oposto a opção “Totalmente de acordo” deve ter a pontuação um (1) ponto, variando de forma sequencial nas opções intermédias.

Nas questões de itens negativos, 1, 4, 7, 10, 13 e 15, a pontuação não é invertida, isto é, a opção “Totalmente em desacordo” deve ser avaliada com um (1) ponto e no extremo oposto a opção “Totalmente de acordo” deve ter a pontuação sete (7) pontos, variando de forma sequencial nas opções intermédias.

Para a obtenção da pontuação final somam-se as pontuações obtidas nos 15 itens e obtém-se o índice global de solidão social, solidão emocional familiar e solidão emocional romântica. Os valores totais para cada subescala oscilam entre os 5 e os 35, sendo o valor médio 20. Os valores totais para a pontuação final oscilam entre os 15 e os 105, sendo o valor médio 60. Quanto mais alta for a pontuação obtida, maior será a solidão do indivíduo inquirido.

As propriedades psicométricas da escala SELSA-S são satisfatórias (DiTommaso et al., 2004) e, na adaptação à população portuguesa (Fernandes, & Neto, 2009), a confiabilidade da escala adaptada foi também satisfatória (solidão social $\alpha = 0,71$, solidão familiar $\alpha = 0,71$ e solidão romântica $\alpha = 0,80$). Num estudo onde foi aplicado este instrumento numa

população Portuguesa adulta, o alfa padronizado de Cronbach foi de 0,65 para a solidão social, 0,73 para a solidão familiar e 0,76 para a solidão romântica (Neto 2015).

Escala da Felicidade Subjetiva (FS)

A Escala da Felicidade Subjetiva possui de 4 itens e as respostas são dadas numa escala Likert de 1 a 7 pontos, com descrição qualitativa específica para cada um dos extremos da resposta em cada questão. A primeira pergunta avalia a felicidade pessoal (FS1) e varia entre o valor 1 "uma pessoa que não é muito feliz" e o valor 7 "uma pessoa muito feliz". A segunda pergunta avalia a perspetiva da felicidade pessoal em comparação com os outros (FS2) e varia entre o valor 1 "uma pessoa menos feliz" e o valor 7 "uma pessoa mais feliz". Na caracterização da perspetiva pessoal de otimismo em relação à vida (FS3) ("Algumas pessoas geralmente são muito felizes. Elas gostam da vida apesar do que está acontecendo ao seu redor, aproveitando ao máximo o que está disponível"), o valor 1 indica que o respondente não se percebe nessa caracterização "de maneira alguma" e o valor 7 indica que essa é a sua caracterização "em grande parte". A mesma escala é usada na última pergunta da caracterização da perspetiva pessoal de pessimismo em relação à vida (FS4) ("Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Até que ponto essa caracterização o descreve?"), onde o valor 1 indica uma pessoa mais feliz e o valor 7 uma pessoa menos feliz (Anexo VI).

A pontuação composta para a felicidade subjetiva global é calculada pela média das respostas aos quatro itens, o quarto (FS4) com código inverso.

2.3 - Procedimento

As atividades na Horta Terapêutica tiveram início em 01/07/2016 e os questionários foram realizados a partir de 27/07/2017. Assim, descontando o período de 1,5 semanas de férias da terapeuta, o período de horticultura terapêutica (HT) foi desenvolvido com os utentes durante cerca de 53 semanas. Como cada utente participou nas atividades duas vezes por semana, das 10.00 h às 12.00 h, o número total de horas em HT foi de 106 horas/utente, até ao início do estudo que consistiu na resposta ao segundo questionário e às Escalas SELSA-S e FS.

Foi solicitada à instituição a autorização para a recolha de dados com os utentes (Anexo I) e foi solicitado aos utentes ou tutores o consentimento informado acerca do âmbito e objetivos do presente estudo, sendo referida a confidencialidade no tratamento e disponibilização dos dados tratados (Anexo II). Este consentimento foi solicitado no início da aplicação dos

instrumentos para preenchimento dos questionários e escalas ou, no caso dos tutores, duas semanas antes.

O segundo questionário, assim como as escalas SELSA-S e FS, foram respondidos por todos os utentes da amostra, em conjunto com os terapeutas que forneceram o apoio necessário, de acordo com o grau de autonomia de cada utente. Esta avaliação decorreu em simultâneo para cada um dos utentes.

A informação obtida foi coligida, organizada e validada com recurso à ferramenta Excel, tendo sido geradas algumas variáveis auxiliares de suporte à análise da mesma.

Esta informação foi posteriormente importada para o programa SPSS, v25 (SPSS Inc.), com um limiar de $p = 0,05$, onde se realizou toda a análise estatística dos dados, incluindo a análise descritiva, multivariada de correlações e regressões para detetar possíveis correlações entre as variáveis.

3 - RESULTADOS

3.1 – Análise Descritiva

3.1.1 - Dados Sociodemográficos

A análise de frequências e respetivas percentagens para as variáveis relativas aos utentes que participaram em atividades de horticultura terapêutica (Grupo HT), num total de 25, e aos utentes que não participaram em atividades de horticultura terapêutica (Grupo TO), num total de 15, tendo estes últimos participado apenas em atividades de terapia ocupacional, encontra-se no Quadro 3.1. Os utentes do Grupo HT normalmente também frequentam atividades de terapia ocupacional convencionais. Estes dois grupos serão doravante designados por Grupo HT e Grupo TO.

Na amostra dos utentes do Grupo HT, 56,0% são do sexo feminino e 44,0% são do sexo masculino, enquanto na amostra dos utentes do Grupo TO, 93,3% são do sexo masculino e apenas 6,7% são do sexo feminino.

Os utentes do Grupo HT apresentavam idades compreendidas entre 26 e 85 anos e no Grupo TO a idade mínima era de 34 e a idade máxima de 76 anos. Em ambos os grupos, a maioria dos inquiridos encontrava-se na faixa etária entre 55 e 64 anos de idade. No entanto, no Grupo HT os utentes com idades compreendidas entre 25 e 44 anos era de 36% enquanto no Grupo TO era de 20% (quadro 3.1).

Quadro 3.1 - Características sociodemográficas dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).

		Grupo HT (n=25)		Grupo TO (n=15)		Total (n=40)	
		Total	%	Total	%	Total	%
Sexo	Feminino	14	56,0	1	6,7	15	37,5
	Masculino	11	44,0	14	93,3	25	62,5
Idade	< 25	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	25 – 34	4	16,0	1	6,7	5	12,5
	35 – 44	5	20,0	2	13,3	7	17,5
	45 – 54	2	8,0	3	20,0	5	12,5
	55 – 64	10	40,0	7	46,7	17	42,5
	> 65	4	16,0	2	13,3	6	15,0

(continua)

Quadro 3.1 - Características sociodemográficas dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).

		Grupo HT (n=25)		Grupo TO (n=15)		Total (n=40)	
		Total	%	Total	%	Total	%
Estado civil	Casado	0	0,0	2	13,3	2	5,0
	Divorciado/Separado	4	16,0	4	26,7	8	20,0
	Solteiro	20	80,0	9	60,0	29	72,5
	União de Facto	1	4,0	0	0,0	1	2,5
Concelho onde residia	Amarante	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Braga	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Castelo Branco	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Ermesinde	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Gaia	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Gondomar	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Madeira	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Maia	1	4,0	1	6,7	2	5,0
	Matosinhos	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Melgaço	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Penafiel	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Porto	14	56,0	6	40,0	20	50,0
	Póvoa de Varzim	1	4,0	2	13,3	3	7,5
	Santa Maria da Feira	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Santo Tirso	1	4,0	1	6,7	2	5,0
	Vila Nova de Gaia	1	4,0	1	6,7	2	5,0
Escolaridade	Analfabeto	6	24,0	1	6,7	7	17,5
	Ensino Básico	7	28,0	5	33,3	12	30,0
	Ensino Primário	11	44,0	6	40,0	17	42,5
	Ensino Secundário	1	4,0	2	13,3	3	7,5
	Licenciatura/Bacharelato	0	0,0	1	6,7	1	2,5
Filhos (S/N)	Não	18	72,0	10	66,7	28	70,0
	Sim	7	28,0	5	33,3	12	30,0
Número de filhos	1	3	42,9	4	80,0	7	58,3
	2	3	42,9	0	0,0	3	25,0
	3	0	0,0	1	20,0	1	8,3
	5	1	14,3	0	0,0	1	8,3

(continua)

Quadro 3.1 - Características sociodemográficas dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).

		Grupo HT (n=25)		Grupo TO (n=15)		Total (n=40)	
		Total	%	Total	%	Total	%
Profissão que tinha	Advogado	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Auxiliar de Ação Educativa	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Cabeleireira	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Caixeiro Viajante	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Carpinteiro	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Costureira	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Descarregador de peças	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Distribuidor de Gás	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Doméstica	3	12,0	0	0,0	3	7,5
	Eletricista	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Empregada de Cantina	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Empregado de Balcão - Restaurante	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Escriturária	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Fotogravador	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Lavadeira	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Mecânico	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Metalúrgico	0	0,0	2	13,3	2	5,0
	Nenhuma	7	28,0	2	13,3	9	22,5
	Pintor Automóvel	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Professor	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Rececionista	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Servente	0	0,0	2	13,3	2	5,0
	Tecelagem	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Trabalho no Campo	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Trabalho pastelaria	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Empregada doméstica	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Trolha	1	4,0	1	6,7	2	5,0
Número de anos de trabalho	< 5	6	50,0	5	38,5	11	44,0
	5 -14	4	33,3	4	30,8	8	32,0
	15 – 24	1	8,3	3	23,1	4	16,0
	> 25	1	8,3	1	7,7	2	8,0

A grande maioria dos indivíduos era solteiro, nomeadamente 80% dos utentes no Grupo HT ($n=25$) e 60% dos utentes no Grupo TO ($n=15$). Os estados civis casado e união de facto apresentavam frequências pouco expressivas. Cerca de dois terços dos indivíduos de cada grupo não tinham filhos e, dos indivíduos com filhos, a média do número de filhos por utente era de 2,0 no Grupo HT e 1,4 no Grupo TO.

O concelho de residência principal dos utentes era o Porto e os restantes participantes tinham residência em concelhos localizados na região Norte. Quanto à escolaridade, uma grande percentagem de utentes tinha o ensino primário, 44,0% no Grupo HT e 40% no Grupo TO a percentagem de analfabetos, respetivamente para os dois grupos, era de 24,0% e 6,7%.

A percentagem de utentes que nunca tiveram nenhuma profissão antes do internamente, era de 28,0% e 13,3%, respetivamente para o Grupo HT e Grupo TO. Para os restantes, a profissão era muito variável. No Grupo HT 12,0% tiveram a profissão doméstica, enquanto que no Grupo TO a profissão de servente e metalúrgico era de com 13,3% cada uma. Os restantes indivíduos tiveram todos profissões diferentes.

O número de anos durante os quais os utentes trabalharam, variou de menos de 1 ano até o máximo de 34 anos de trabalho. No Grupo HT 50,0% dos indivíduos trabalharam menos de 5 anos e 33,3% entre 5 e 14 anos e no Grupo TO, foi de 38,5% e 30,8%, respetivamente.

3.1.2 - Dados Clínicos

Os dados clínicos correspondem à informação acerca do estado clínico dos indivíduos, incluindo a gravidade da doença e o grau de dependência dos mesmos. Para facilitar e tornar relevante a análise foi criada a variável ‘diagnóstico psiquiátrico/psicológico agrupado’, que contempla os dados de diagnóstico de forma mais genérica. No Quadro 3.2 apresenta-se a análise de frequências e respetivas percentagens para estes dados.

A ingestão de medicamentos não foi incluída na análise, por se ter constatado que todos os utentes, sem exceção, tomavam medicamentos.

Quadro 3.2 – Dados clínicos dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).

		Grupo HT (n=25)		Grupo TO (n=15)		Total (n=40)	
		Total	%	Total	%	Total	%
Enfermaria	Enf. João Paulo II	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Enf. João XXIII	10	40,0	0	0,0	10	25,0
	Enf. Júlio de Matos	2	8,0	4	26,7	6	15,0
	Enf. Magalhães Lemos	2	8,0	4	26,7	6	15,0
	Enf. Paulo VI	5	20,0	3	20,0	8	20,0
	Enf. São João	1	4,0	2	13,3	3	7,5
	Enf. Sobral Cid	2	8,0	0	0,0	2	5,0
	Hospital de Dia	3	12,0	1	6,7	4	10,0
Diagnóstico psiquiátrico/psico lógico	Atraso de desenvolvimento psicomotor	2	8,0	0	0,0	2	5,0
	Atraso/Deficiência mental	4	16,0	2	13,3	6	15,0
	Atraso/Deficiência mental + Perturbação dissociativa	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Demência pós-traumática crânio-encefálica	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Esquizofrenia	2	8,0	2	13,3	4	10,0
	Esquizofrenia + Doença mental	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Esquizofrenia paranoide	9	36,0	5	33,3	14	35,0
	Esquizofrenia paranoide + Demência	2	8,0	0	0,0	2	5,0
	Esquizofrenia paranoide + Doença mental	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Esquizofrenia residual	2	8,0	3	20,0	5	12,5
	Hidrocefalia + Demência secundária anormal	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Perturbação Borderline	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Perturbação da personalidade	0	0,0	1	6,7	1	2,5

(continua)

Quadro 3.2 – Dados clínicos dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).

		Grupo HT (n=25)		Grupo TO (n=15)		Total (n=40)	
		Total	%	Total	%	Total	%
Diagnóstico psiquiátrico/psico lógico agrupado	Atraso/Deficiência Mental	5	20,0	2	13,3	7	17,5
	Esquizofrenia	15	60,0	12	80,0	27	67,5
	Outro	5	20,0	1	6,7	6	15,0
Gravidade do diagnóstico	Grave	15	60,0	7	46,7	22	55,0
	Leve	4	16,0	1	6,7	5	12,5
	Moderado	6	24,0	7	46,7	13	32,5
Grau de dependência	Grave	8	32,0	6	40,0	14	35,0
	Leve	3	12,0	2	13,3	5	12,5
	Moderado	14	56,0	7	46,7	21	52,5
Número de anos no CHCF	< 5	13	52,0	1	6,7	14	35,0
	5 - 14	6	24,0	6	40,0	12	30,0
	15 - 24	6	24,0	7	46,7	13	32,5
	> 25	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Outro/Ninguém	9	36,0	8	53,3	17	42,5

A maioria dos utentes apresentavam diversos tipos de esquizofrenia, 60,0% e 80,0%, respetivamente para os utentes do Grupo HT (n=25) e Grupo TO (n=15). O diagnóstico de atraso/deficiência mental foi, respetivamente, de 20,0% e 13,3%, estando os restantes utentes distribuídos pelos outros diagnósticos.

Quanto à gravidade do diagnóstico, este era grave em 60,0% dos utentes do Grupo HT e em 46,7% dos utentes do Grupo TO, e moderado em 24,0% e 46,7% dos utentes, respetivamente nos referidos dois grupos. Apesar das diferenças que existiam na gravidade do diagnóstico, o grau de dependência dos utentes era similar nos dois grupos em estudo. Para o Grupo HT (n=25) e Grupo TO (n=15), respetivamente, o grau de dependência era moderado em 56,0% e 46,7% e grave em 32,0% e 40,0% dos utentes.

O tempo de hospitalização no CHCF para o total da amostra dos inquiridos variou entre menos de 1 ano à data do estudo e 34 anos. No Grupo HT 52,0% dos utentes estavam hospitalizados há menos de 5 anos, enquanto que no Grupo TO esta percentagem era de apenas 6,7%. Neste Grupo TO, 40,0% dos utentes encontram-se hospitalizados entre 5 a 14

anos e 46,7% entre 15 e 24 anos, enquanto no Grupo HT estas percentagens eram de 24,0% para cada um dos intervalos de tempo de hospitalização.

3.1.3 - Tutor e Visitas

No Quadro 3.3 apresenta-se a análise de frequências e respetivas percentagens para as os dados relativos a tutor e visitas.

Quadro 3.3 – Tutor e visitas - tipo e periodicidade, dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).

		Grupo HT (n=25)		Grupo TO (n=15)		Total (n=40)	
		Total	%	Total	%	Total	%
Tutor	CHCF	14	56,0	8	53,3	22	55,0
	Outro - Próprio	11	44,0	7	46,7	18	45,0
Quem visita	Família	13	52,0	7	46,7	20	50,0
	Amigos	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Voluntários do CHCF	3	12,0	0	0,0	3	7,5
	Outro/Ninguém	9	36,0	8	53,3	17	42,5
	1 vez/mês	8	32,0	3	20,0	11	27,5
Periodicidade das visitas	1 vez/quinze dias	2	8,0	2	13,3	4	10,0
	1 vez/semana	4	16,0	2	13,3	6	15,0
	Outra/Não tem	11	44,0	8	53,3	19	47,5

No Grupo HT, 56,0% de utentes tinham um tutor do CHCF e 44,0% dos utentes representavam-se a si próprios, percentagens estas similares às do Grupo TO, que foram, respetivamente, 53,3% e 46,7% dos utentes. Em ambos os grupos os tutores nunca eram pessoas da família ou amigos.

A maioria dos inquiridos do Grupo HT era visitado pela família (n=25, 52,0%) e no Grupo TO esta percentagem era de 46,7% (n=15). A resposta descritiva associada à opção “outro”, representou, para todos os utentes que a escolheram, que não tinham qualquer tipo de visitas, e este grupo representou 36,0% e 53,3%, respetivamente para Grupo HT e Grupo TO. A periodicidade das visitas de 1 vez/mês foi de 32,0% para o Grupo HT e 20% para o Grupo TO.

3.1.4 - Atividades frequentadas

As atividades frequentadas correspondem, para além desta mesma informação, à informação relativa ao número de atividade frequentadas, número de dias com atividades e, ainda, as atividades preferidas. No Quadro 3.4 apresenta-se a análise de frequências e respetivas percentagens para estes dados.

Quadro 3.4 – Atividades frequentadas – número, periodicidade semanal e preferências, dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).

		Grupo HT (n=25)		Grupo TO (n=15)		Total (n=40)	
		Total	%	Total	%	Total	%
Atividades frequentadas	Dança, Movimento e Terapia	7	28,0	5	33,3	12	30,0
	Educação Física	11	44,0	6	40,0	17	42,5
	Natação Terapêutica	10	40,0	3	20,0	13	32,5
	Práticas Teatrais	4	16,0	5	33,3	9	22,5
	Terapia Assistida por Animais	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Hortas Terapêuticas	25	100,0	0	0,0	25	62,5
	Encadernação e Cartonagem	12	48,0	7	46,7	19	47,5
	Expressão plástica	6	24,0	5	33,3	11	27,5
	Lavores	11	44,0	3	20,0	14	35,0
	Musicoterapia	16	64,0	5	33,3	21	52,5
	Outra	2	8,0	4	26,7	6	15,0
Outra - Atividade frequentada		23	92,0	11	73,3	34	85,0
	Cinema	1	4,0	2	13,3	3	7,5
	Culinária	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Informática	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Saída à comunidade	0	0,0	1	6,7	1	2,5
Número de atividades frequentadas	1	2	8,0	3	20,0	5	12,5
	2	2	8,0	1	6,7	3	7,5
	3	6	24,0	6	40,0	12	30,0
	4	5	20,0	5	33,3	10	25,0
	5	3	12,0	0	0,0	3	7,5
	6	4	16,0	0	0,0	4	10,0
	7	2	8,0	0	0,0	2	5,0
	8	1	4,0	0	0,0	1	2,5

(continua)

Quadro 3.4 – Atividades frequentadas – número, periodicidade semanal e preferências, dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e que participaram em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO).

		Grupo HT (n=25)		Grupo TO (n=15)		Total (n=40)	
		Total	%	Total	%	Total	%
Número de dias com atividades por semana	2	2	8,0	2	13,3	4	10,0
	3	4	16,0	2	13,3	6	15,0
	4	2	8,0	2	13,3	4	10,0
	5	17	68,0	9	60,0	26	65,0
Atividade que mais gosta	Dança, Movimento e Terapia	1	4,0	0	0,0	1	2,5
	Educação Física	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Encadernação e Cartonagem	2	8,0	5	33,3	7	17,5
	Expressão Plástica	0	0,0	2	13,3	2	5,0
	Hortas Terapêuticas	11	44,0	0	0,0	11	27,5
	Lavores	3	12,0	1	6,7	4	10,0
	Musicoterapia	1	4,0	2	13,3	3	7,5
	Natação Terapêutica	2	8,0	1	6,7	3	7,5
	Outra	1	4,0	1	6,7	2	5,0
	Práticas Teatrais	3	12,0	2	13,3	5	12,5
Outra - Atividade que mais gosta	Terapia Assistida por Animais	1	4,0	0	0,0	1	2,5
		24	96,0	14	93,3	38	95,0
	Cinema	0	0,0	1	6,7	1	2,5
	Culinária	1	4,0	0	0,0	1	2,5

Os utentes do Grupo HT, para além da atividade Hortas terapêuticas, frequentam musicoterapia ($n=25$, 64,0%), Encadernação e cartonagem ($n=25$, 48,0%) e, 44% destes utentes, também frequentam Educação Física e Lavoures. Para os utentes que não frequentam a atividade hortas terapêuticas, o Grupo TO ($n=25$), 46,7% frequentam Encadernação e cartonagem, 40,0% frequentam educação física e, 33,3% destes utentes, também frequentam atividades como Dança, Movimento e Terapia; Práticas Teatrais; Expressão plástica e, Musicoterapia.

O número de atividades frequentadas pelos utentes no Grupo HT era superior ao do Grupo TO. Respetivamente para o Grupo HT e Grupo TO, os utentes que frequentavam 1-2 atividades eram de 16,0% e 26,7%, os que frequentavam 3-4 atividades eram de 44,0% e 73,3%, e 5 ou mais atividades apenas eram frequentadas por 40,0% de utentes do Grupo HT.

Mais de metade dos utentes, nos dois grupos em estudo, frequentam atividades durante os 5 dias da semana. A percentagem de utentes que frequentavam atividades apenas em 2-3 dias da semana, foi de 24,0% e 26,6%, respetivamente para o Grupo HT e Grupo TO, não havendo utentes com atividades apenas um dia por semana.

No Grupo HT, 44,0% dos utentes apresentaram as hortas terapêuticas como a atividade preferida, enquanto 12,0% preferiam outras atividades, como labores e práticas teatrais. No Grupo TO, 33,3% dos utentes deram preferência à atividade de encadernação e cartonagem, seguido da expressão plástica, musicoterapia e práticas teatrais, todos com 13,3% dos utentes.

3.1.5 - Atividade Hortas terapêuticas – Grupo HT

No Grupo HT foram incluídas no questionário perguntas relacionadas com as atividades preferidas na horta e as mudanças percecionadas pela frequência da atividade (Quadro 3.5).

A maioria dos indivíduos preferia as atividades de plantação/sementeira e colheita, seguidas pelas atividades de rega e monda. As atividades de preparação do terreno e compostagem foram as que menos agradaram aos utentes.

A principal perceção causada pelas atividades na horta, foi o utente sentir-se “mais relaxado”, seguido do aumento do “contacto com a natureza”. A perceção de “Ando mais contente” apenas foi referida por 5 dos 25 utentes do Grupo HT (Quadro 3.5).

Quadro 3.5 – Atividade hortas – preferências e perceções dos utentes do CHCF que participaram nas atividades de horticultura terapêutica.

		Grupo HT (n=25)	
		Total	%
O que mais gosta	Plantação/sementeira	15	65,2
	Colheita dos produtos	13	56,5
	Rega	9	39,1
	Monda das infestantes	9	39,1
	Preparação do terreno para cultivo	2	8,7
	Compostagem	1	4,3
O que mudou	Mais relaxado	10	40,0
	Contacto com a natureza	6	24,0
	Ando mais contente	5	20,0
	Pratico mais exercício físico	3	12,0
	Passei a falar com mais pessoas	0	0,0
	Não respondeu	1	4,0

3.2 - Análise de variância e testes-t

A análise de variância foi realizada considerando as seguintes variáveis:

- a) Participação em atividades - Horticultura Terapêutica (HT) entre outras, e em Terapias Ocupacionais que não a HT (TO);
- b) Sexo – Feminino e masculino, apenas se realizou a análise de variância para os utentes das HT, uma vez que para os utentes das TO, os questionários apenas foram realizados a uma utente do sexo feminino (e 14 do sexo masculino), não permitindo realizar a análise;
- c) Escolaridade – analfabeto, ensino primário, ensino básico e ensino secundário/superior.
- d) Grau de dependência – leve, moderado e grave;
- e) Visitas – sem e com visitas, considerando que os clientes eram ou não visitados por familiares e/ou amigos, com diversas periodicidades.

3.2.1 - Tempo de hospitalização e número de atividades frequentadas

O tempo de hospitalização no CHCF, era significativamente superior ($p < 0,05$) nos utentes com TO em comparação com os utentes em HT, não havendo diferenças significativas nos restantes fatores (fig. 3.1).

Os utentes com HT participavam num maior número de atividades de terapias ocupacionais ($p < 0,05$) do que os utentes apenas com TO, assim como os utentes com HT do sexo feminino em comparação com os homens (fig. 3.1).

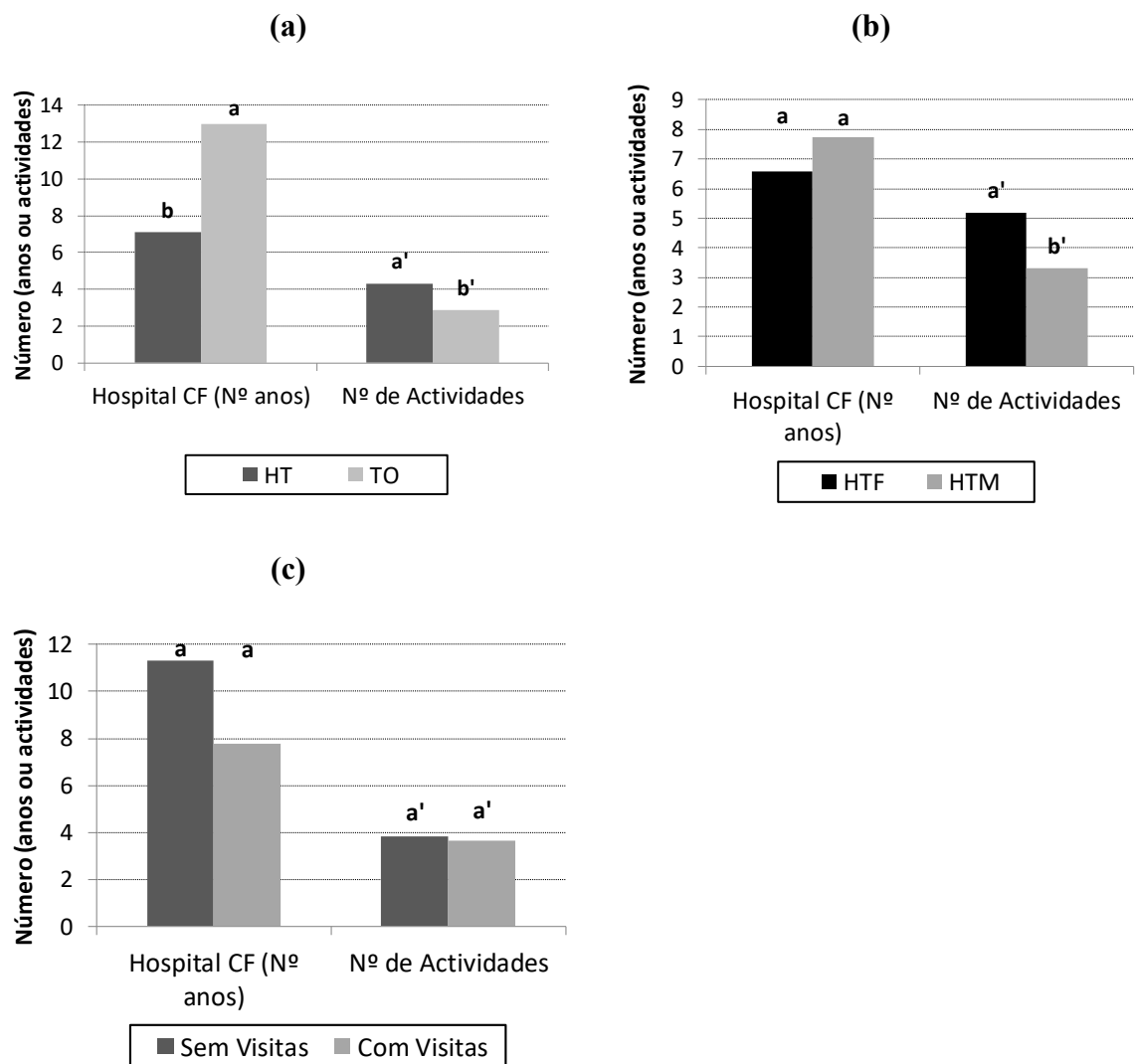


Figura 3.1 - Tempo de hospitalização no CHCF (nº de anos) e número de atividades frequentadas, para os utentes do CHCF: (a) que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO); (b) que participaram na HT do sexo feminino (HTF) e masculino (HTM); (c) sem e com visitas de familiares e/ou amigos, com diversas periodicidades. Para cada variável dependente letras diferentes indicam diferenças significativas entre os tratamentos ($p < 0,05$).

3.2.2 - Escala de Felicidade Subjetiva

Na Escala de Felicidade Subjetiva, o valor obtido na questão FS1 ‘perspetiva de felicidade pessoal’ foi idêntico para os utentes, em todos os fatores considerados, nomeadamente para os utentes com HT e OT, com HT do sexo feminino e masculino, com diferentes níveis de escolaridade, com diferentes graus de dependência e sem e com visitas de familiares ou amigos (fig. 3.2). O valor médio foi de 4,8, acima do valor neutro (4,0), sendo o valor 7 correspondente a ‘uma pessoa muito feliz’ (fig. 3.2).

A questão FS 2 ‘perspetiva de felicidade em comparação com os pares’, foi também idêntica para todos os utentes, em todos os fatores considerados, tendo sido o valor médio de 4,5, situou-se acima do valor neutro (4,0), sendo o valor máximo de 7 correspondente a uma pessoa mais feliz em comparação com os outros (fig. 3.2).

Na Escala de Felicidade Subjetiva, o ‘otimismo em relação à vida’ é avaliado na questão FS3 e o seu valor mais alto de 7 traduz-se numa pessoa muito otimista (fig. 3.2). Nesta questão, a análise revelou que ($p < 0,05$):

- os utentes com HT tinham uma perceção menos otimista da vida (3,1) em comparação com os utentes com TO (4,0),
- os utentes com visitas (3,2) em comparação com os utentes que não recebiam visitas de familiares ou amigos (3,8), tinham uma perceção menos otimista da vida
- os utentes com ensino secundário ou superior (5,3) em comparação com os utentes com menor escolaridade (3,3), tinham uma perceção mais otimista da vida.
- os utentes com grau de dependência leve tinham uma perceção mais otimista da vida (5,0), em comparação com os graus de dependência moderada e grave (3,3).

Para os restantes fatores, não ocorreram diferenças significativas, e o valor médio não ultrapassou o valor neutro, revelando uma baixa perceção de otimismo por parte da amostra dos utentes do CHCF deste estudo.

Sobre o ‘pessimismo em relação à vida’ avaliado na questão FS4, o valor foi idêntico para os utentes em todos os fatores considerados, exceto para os utentes do Grupo HT do sexo feminino e masculino. As mulheres do Grupo HT revelaram ser mais pessimistas (3,3) do que os homens (2,6). O valor médio de 3,2 foi igual para os outros fatores considerados, revelando que todos os valores se situaram abaixo do valor neutro (4,0), sendo o valor 7 correspondente a uma maior perceção de pessimismo em relação à vida (fig. 3.2).

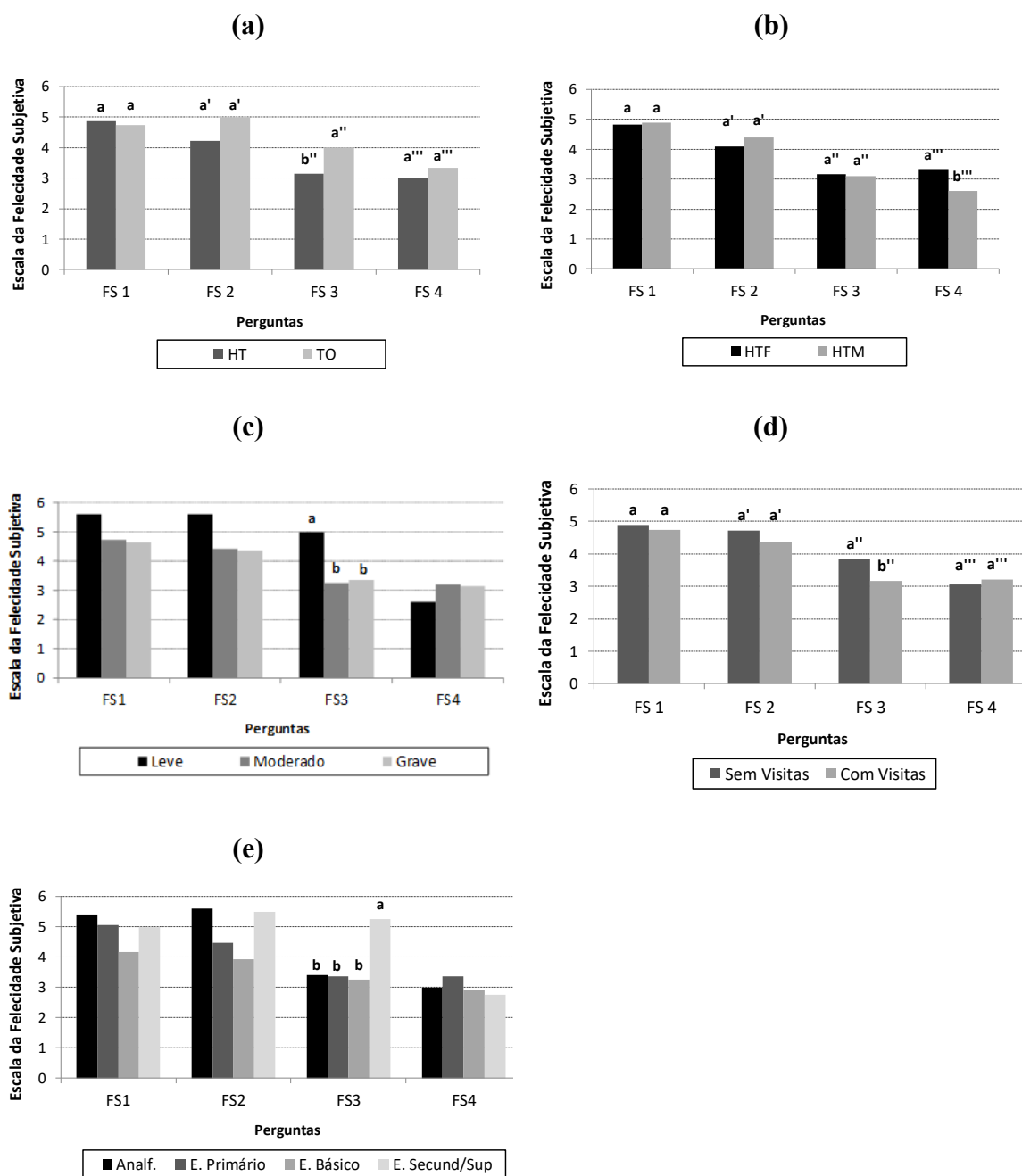


Figura 3.2 – Perguntas da Escala de Felicidade Subjetiva (FS1, FS2, FS3, FS4), para os utentes do CHCF: (a) que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO); (b) que participaram na HT do sexo feminino (HTF) e masculino (HTM); (c) que apresentavam um grau de dependência grave, moderado e leve; (d) sem e com visitas de familiares e/ou amigos, com diversas periodicidades; (e) nível de escolaridade. Para cada variável dependente letras diferentes indicam diferenças significativas entre os tratamentos ($p < 0,05$) e quando não existem letras, as diferenças não são significativas.

3.2.3 - Escala de Solidão – SELSA-S

A Escala de Solidão total e as subescalas de solidão social (amigos), solidão emocional familiar e solidão emocional romântica (fig. 3.3), resultaram em valores semelhantes para os utentes, em todos os fatores considerados, nomeadamente para os utentes com HT e OT, com HT do sexo feminino e masculino, com diferentes graus de dependência e sem e com visitas de familiares ou amigos, exceto a subescala de solidão emocional familiar que foi superior para os utentes sem visitas de familiares ou amigos (21,7), em comparação com os utentes com visitas (15,6).

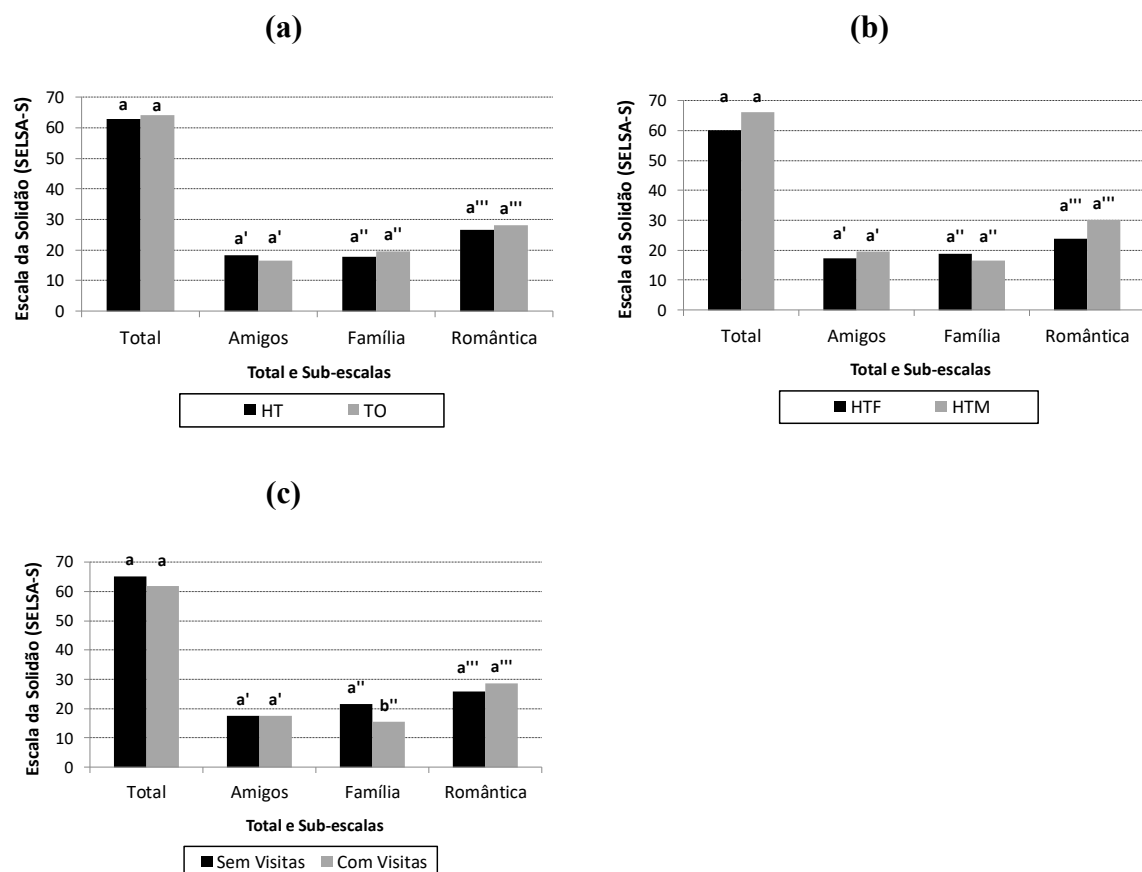


Figura 3.3 - Escala de Solidão (SELSA-S): Total e sub-escalas Amigos, Família e Romântica, para os utentes do CHCF: (a) que participaram nas atividades de horticultura terapêutica (HT) e em outras atividades de terapias ocupacionais que não a HT (TO); (b) que participaram na HT do sexo feminino (HTF) e masculino (HTM); (c) sem e com visitas de familiares e/ou amigos, com diversas periodicidades. Para cada variável dependente letras diferentes indicam diferenças significativas entre os tratamentos ($p < 0,05$).

3.3 – Análise de correlações

A correlação de Pearson foi aplicada entre os dados sociodemográficos e os dados clínicos, e as diferentes variáveis dos dois instrumentos ministrados e, ainda entre estes dois instrumentos, permitindo encontrar as correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) que se seguem.

3.3.1 - Correlações com a Escala FS

a) Correlações entre dados sociodemográficos e Escala FS

Grupo HT

- Os indivíduos com mais idade consideram-se mais felizes (perspetiva pessoal) (FS1) ($r = ,524^*$; $p = ,010$).

Grupo TO

- Os indivíduos com menos escolaridade apresentam maior pessimismo em relação à vida (FS4) ($r = -,539^*$; $p = ,038$).

b) Correlações entre dados clínicos e Escala FS

Grupo HT

- (Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas para este grupo).

Grupo TO

- Os indivíduos com mais anos no CHCF apresentam maior otimismo em relação à vida ($r = ,693^{**}$; $p = ,004$).

c) Correlações entre a participação em atividades e a Escala FS

Grupo HT

- Os indivíduos com maior número de dias com atividades por semana apresentam maior felicidade em comparação com os outros (FS2) ($r = ,423^*$; $p = ,045$).

Grupo TO

- (Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas para este grupo).

3.3.2 - Correlações com a Escala SELSA-S

a) Correlações entre dados clínicos e Escala SELSA-S

Grupo HT

- (Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas para este grupo).

Grupo TO

- Apresentam maior solidão na componente romântica, os indivíduos com maior gravidade de diagnóstico ($r=,744^{**}$; $p=,001$), com maior grau de dependência ($r=,626^{*}$; $p=,013$) e com menos anos no CHCF ($r=-,642^{**}$; $p=,010$).
- Apresentam maior solidão global, os indivíduos com maior grau de dependência ($r=-,567^{*}$; $p=,028$).

b) Correlações entre a participação em atividades e a Escala SELSA-S

Grupo HT

- Os indivíduos que têm atividades mais dias por semana apresentam um nível mais baixo de solidão na componente social ($r=-,425^{*}$; $p=,049$) e no valor de solidão global ($r=-,485^{*}$; $p=,022$).

Grupo TO

- Os indivíduos que frequentam um maior número de atividades diferentes apresentam um nível mais baixo de solidão na componente social ($r=-,570^{*}$; $p=,027$).

3.3.3 - Correlações entre a Escala SELSA-S e a Escala FS

Grupo HT

- (Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas para este grupo).

Grupo TO

- Os indivíduos com maior felicidade em comparação com os outros apresentam menor solidão na componente família ($r=-,569^{*}$; $p=,027$) e na componente global ($r=-,686^{**}$; $p=,005$).

3.4 – Análises de regressão

Na amostra total

Apenas a variável dependente perspectiva da felicidade pessoal em comparação com os outros (FS2) dependeu significativamente da idade ($F=4,9$; $P<0,05$) dos utentes. O modelo de regressão linear simples ($y = 2,665 + 0,0357 x$) entre esta variável dependente (y) e a idade dos utentes (x), apresenta um coeficiente de correlação ($R = 0,347$; $P < 0,05$) que o permite validar, e um coeficiente de determinação ($R^2 = 0,12$) que sugere que 12% da variabilidade da perspectiva da felicidade pessoal em comparação com os outros é explicada pela idade de acordo com este modelo de regressão.

Quando se correlacionaram as quatro variáveis da Escala FS com as quatro variáveis da Escala SELSA-S, apenas se verificou uma correlação significativa entre a perspectiva da felicidade pessoal em comparação com os outros (FS2) e a solidão global. Neste caso, o modelo ($y = 7,423 - 0,0454 x$), validado pelo coeficiente de correlação ($R = 0,369$; $P < 0,05$), revela que a felicidade (y) aumenta com a diminuição da solidão (x) ($F = 5,5$; $P < 0,05$), sendo que 14% da variabilidade da perspectiva da felicidade pessoal em comparação com os outros (FS2) é explicada pela solidão total, de acordo com este modelo.

No Grupo HT

Apenas a variável dependente felicidade pessoal (FS1) dependeu significativamente da idade dos utentes. O modelo de regressão linear simples ($y = 3,019 + 0,0359 x$) entre esta variável dependente (y) e a idade dos utentes (x) apresenta um coeficiente de correlação ($R = 0,52$; $P < 0,01$) que o permite validar. O coeficiente de determinação ($R^2 = 0,27$) sugere que 27% da variabilidade da perspectiva da felicidade pessoal é explicada pela idade dos utentes que praticam HT, de acordo com este modelo de regressão. À semelhança da amostra total, os utentes do Grupo HT aumentam a felicidade pessoal com a idade, já que o coeficiente da variável dependente é positivo.

Para os utentes que preferiam HT em detrimento de TO, quando se correlacionaram as quatro variáveis da Escala FS com as quatro variáveis da Escala SELSA-S, não se verificaram correlações significativas.

3.5 – Síntese das características dos utentes com Horticultura Terapêutica

No Grupo HT, 47,8% dos utentes consideraram que a atividade que mais gostavam era as ‘Hortas Terapêuticas’, e destes, 73% eram homens. Dos restantes utentes, que preferiram uma das TO convencionais (52,2%), 75% eram do sexo feminino. Esta preferência, no entanto, não influenciou as variáveis dependentes FS1, FS2, FS3, FS4 e solidão total, uma vez que as diferenças entre as médias da preferência por HT ou por TO, não foram significativas.

As mudanças percebidas pelos utentes, referentes à frequência da atividade de HT, incluíram a percepção de se sentir mais relaxado (40,0%), seguido do aumento do contacto com a natureza (24,0%), da percepção de andar mais contente (20,0%) e de praticar mais exercício físico (12,0%).

Neste grupo, os utentes do sexo feminino, em comparação com os homens, participaram num maior número de diferentes terapias ocupacionais e apresentaram maior pessimismo em relação à vida.

3.6 – Síntese das diferenças entre o Grupo HT e o Grupo TO

3.6.1 - Caracterização da amostra

As duas amostras do estudo – Grupo HT e Grupo TO, constituídas respetivamente por 25 e 15 utentes do CHCF, eram relativamente comparáveis, não havendo diferenças significativas na maioria das variáveis analisadas referentes aos dados sociodemográficos, dados clínicos, visitas e tipo e frequência de atividades ocupacionais.

As características sociodemográficas dos utentes dos dois grupos apresentaram, no entanto, diferenças percentuais em algumas variáveis, que se consideram relevantes para o estudo:

- as utentes do sexo feminino representavam 56,0% no grupo HT e apenas 6,7% no grupo TO;
- a maioria dos utentes tinha entre 55-64 anos nos dois grupos ($\geq 40,0\%$), mas entre os 25-34 anos existiam mais utentes no Grupo HT (16,0%) do que no Grupo TO (6,7%);

- no Grupo HT a percentagem de utentes analfabetos era superior (24,0%) em comparação com o Grupo TO (6,7%) e os que detinham ensino superior era inferior (0,0% e 6,7% respetivamente).

Sobre os dados clínicos, todos os utentes, sem exceção, tomavam medicamentos e foram significativas as diferenças para as seguintes variáveis:

- o tempo médio de hospitalização no CHCF era significativamente inferior no Grupo HT (7,1 anos) em comparação com o Grupo TO (13,0 anos). Os utentes hospitalizados entre 15 e 24 anos representavam 24,0% no Grupo HT e 46,7% no Grupo TO;
- a participação em diferentes terapias ocupacionais era superior no Grupo HT (4,3 atividades), em comparação com o Grupo TO (2,9 atividades); 5 ou mais atividades diferentes apenas eram frequentadas por 40,0% de utentes do Grupo HT. No entanto, o número de dias da semana com qualquer TO incluindo TH, foi semelhante nos dois grupos, respetivamente para os grupos HT e TO, os clientes com 2-3 dias de atividades representavam 24,0% e 26,6% e com 4-5 dias, 76,0% e 73,3%.

Para os dados clínicos ocorreram outras diferenças entre os dois grupos que, embora não tenham sido significativas, se consideram relevantes para o estudo:

- o diagnóstico de utentes com algum tipo de esquizofrenia no Grupo HT foi de 60,0% e foi de 80% para o Grupo TO; com transtornos de deficiência mental, esta percentagem foi de 20,0% no Grupo HT e de 13,3% para o Grupo TO. Estas diferenças resultaram numa relativa menor percentagem de utentes com grau de dependência severo no Grupo HT (32,0%), em comparação com os utentes do Grupo TO (40,0%);
- a percentagem de utentes com visitas de familiares ou amigos (com diversas periodicidades), foi relativamente superior no Grupo HT (56,0%) em comparação com o Grupo TO (46,7%).

3.6.2 – Valores obtidos para a Escala de Felicidade Subjetiva (FS)

Os valores obtidos na ‘perspetiva de felicidade pessoal’ (FS1) e ‘perspetiva de felicidade em comparação com os pares’ (FS2), foram idênticos para todos os utentes, em média, 4,8 e 4,6,

respetivamente. São valores acima do valor neutro (4,0) mas são relativamente baixos considerando a escala de 1 a 7.

O ‘otimismo em relação à vida’ (FS3) foi mais baixo no Grupo HT (3,1) em comparação com o Grupo TO (4,0). Este item foi também mais baixo para os utentes com visitas (3,2), em comparação com os utentes que não recebiam visitas de familiares ou amigos (3,8). Em todos os casos, o valor nunca ultrapassou o valor neutro, revelando uma baixa perceção de otimismo em relação à vida por parte da amostra dos utentes do CHCF deste estudo.

Os dois grupos resultaram num valor idêntico sobre o ‘pessimismo em relação à vida’ (FS4), em média 3,2. Este valor foi inferior ao valor neutro (4,0) revelando que a perceção dos utentes se situava mais próximo de uma menor perceção de pessimismo em relação à vida (1,0).

Para a Escala de Felicidade Subjetiva as correlações estatisticamente significativas para cada um dos grupos de estudo foram as seguintes:

Grupo HT

- Os utentes com mais idade consideravam-se mais felizes (FS1)
- Os utentes com maior número de dias por semana com atividades apresentavam maior felicidade em comparação com os outros (FS2)

Grupo TO

- Os utentes com mais anos no CHCF apresentam maior otimismo em relação à vida (FS3).
- Os utentes com menos escolaridade apresentam maior pessimismo em relação à vida (FS4)

3.6.3 - Valores obtidos para a Escala de Solidão (SELSA-S)

Os valores da solidão global e das subescalas de solidão social (amigos), solidão emocional familiar e solidão emocional romântica, resultaram em valores semelhantes para os utentes dos dois grupos em estudo. No entanto, na amostra total para os utentes sem visitas de familiares ou amigos, a solidão emocional familiar foi superior (21,7), em comparação com os utentes que recebiam visitas (15,6).

Para a Escala de Solidão, as correlações estatisticamente significativas para cada um dos grupos de estudo foram as seguintes:

Grupo HT

- Os utentes com atividades mais dias por semana apresentavam um nível mais baixo de solidão na componente social e no valor de solidão global;

Grupo TO

- Os utentes que frequentavam um maior número de atividades diferentes apresentaram um nível mais baixo de solidão social;
- Os utentes com maior gravidade de diagnóstico, com maior grau de dependência e com menos anos no CHCF, apresentam maior solidão na componente romântica.
- Os utentes com maior grau de dependência, também apresentam uma maior solidão global.

Por fim, na interação entre a Escala FS e a Escala SELSA-S, para o Grupo TO, os utentes com maior felicidade em comparação com os outros, apresentaram menor solidão na componente família e na componente global da solidão.

4 - DISCUSSÃO

4.1 - Efeitos da Horticultura Terapêutica na felicidade subjetiva e na percepção de Solidão

Um estudo anterior realizado com pacientes com esquizofrenia crónica relatou que um tratamento de HT de duas horas uma vez por semana durante dez semanas, resultou positivamente em relação aos sintomas psicopatológicos da esquizofrenia, em comparação com o grupo controle (Oh et al., 2018), utilizando os instrumentos “Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS) e “Positive and Negative Syndrome Scale” (versão coreana do PANSS). Também Kenmochi et al. (2019) afirmaram que a intervenção de HT por 3 meses adicionada à intervenção de rotina de terapias ocupacionais, pode ser eficaz para diminuir a depressão e/ou ansiedade em participantes com esquizofrenia crónica e hospitalização por mais de 10 anos. No entanto, o sentimento de desesperança e qualidade de vida não mudou. No presente estudo, a hospitalização de longo prazo e a medicação requerida pelos participantes podem ter limitado o efeito da intervenção, conforme encontrado por Kenmochi et al. (2019). Da mesma forma, uma pesquisa sobre o efeito da aplicação da atividade de horticultura no stresse e qualidade de vida em pacientes com doença psiquiátrica, incluindo esquizofrenia, indicou que o grupo HT, ao contrário do controle, experimentou uma diminuição significativa na depressão, ansiedade e stresse, mas não houve diferenças significativas nos valores obtidos para o Índice de Bem-estar Pessoal entre os dois grupos (Kam e Siu, 2010), tal como foi revelado pelo presente estudo, com os instrumentos escalas FS e SELSA-S. Foi exceção o menor ‘otimismo em relação à vida’ (FS3), no Grupo HT em comparação com o Grupo TO, o que poderá estar relacionado com o facto de que no Grupo TO quase todos eram homens (93,3%) e a maioria dos utentes do Grupo HT ser do sexo feminino (56,0%) e, dentro deste Grupo HT, as mulheres revelaram um maior pessimismo em relação à vida, em comparação com os homens. Acresce o facto de que, no Grupo HT em comparação com o Grupo TO, os utentes tinham menos tempo de hospitalização e, ainda, uma menor percentagem relativa de utentes com o grau de dependência severo e uma maior percentagem relativa de utentes mais jovens (25-34 anos) e de utentes analfabetos.

Uma revisão sistemática da literatura sobre os efeitos da HT em pessoas com problemas de saúde mental, foi desenvolvida por Cipriani et al. (2017). Estes autores verificaram que tamanhos de amostra de 15 ou mais utentes, resultaram em efeitos positivos significativos nos grupos de HT em 78% das comparações realizadas, enquanto estudos com menos de 15

utentes, a percentagem foi inferior, de 55% (Cipriani et al., 2017). Embora a amostra do presente estudo tenha sido igual ou superior a 15 utentes, as principais diferenças encontradas entre os clientes com atividades de HT, para além de outras terapias ocupacionais, em comparação com os utentes apenas com TO, foram a participação num maior número de atividades ocupacionais diferentes e um efeito que poderá ser considerado negativo, de uma perceção menos otimista da vida. Este resultado estará relacionado com o facto de que, a maioria das mulheres da amostra total se encontrava no Grupo HT e de que neste grupo, as mulheres revelaram um maior pessimismo em relação à vida.

Salienta-se ainda que as mudanças percecionadas pelos utentes, referentes à frequência da atividade de HT incluíram a perceção de se sentir mais relaxado (40,0%), de andar mais contente (20,0%) e de praticar mais exercício físico (12,0%).

Com resultados comparáveis, uma investigação sobre o efeito da aplicação da atividade horticultura no stresse e na qualidade de vida em utentes com doenças psiquiátricas (transtorno do espectro da esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior), realizou uma avaliação antes e depois de um programa de HT com recursos aos seguintes instrumentos, versão Chinesa da “Depression Anxiety Stress Scale” (DASS21), “Personal Wellbeing Index” (PWI-C) e “Work Behavior Assessment”. Dez participantes do grupo experimental participaram em 10 sessões de horticultura em duas semanas, enquanto 12 participantes do grupo de controle continuaram a receber terapias convencionais em oficinas no interior das instalações. Os resultados revelaram que o grupo HT, em oposição ao grupo controle, experimentou uma diminuição significativa na depressão, ansiedade e stresse, mas também não ocorreram diferenças significativas nos valores do Índice de Bem-estar Pessoal (PWI-C) entre os dois grupos (Kam e Siu, 2010). Também Parvin et al. (2016), referiu um estudo que incluiu 52 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia crónica, dos quais metade participou num programa de horticultura durante três meses. Ambos os grupos receberam atendimento médico e de rotina semelhante e os sintomas psiquiátricos foram avaliados no início e no final do estudo pelas escalas de Andreasen (1989, citado por Parvin et al., 2016), que avaliam os sintomas negativos e positivos. Este estudo mostrou que o grupo inserido no programa de horticultura em comparação com o grupo controle, melhorou significativamente o estado dos sintomas positivos e negativos, o que indicou a eficácia da intervenção nesses sintomas.

Um estudo com adultos Portugueses sobre a solidão social, familiar e romântica, foi referido por Neto (2015) que a solidão esteve significativamente associada aos indicadores de bem-estar subjetivo, tendo representado uma maior proporção da variação explicada nas pontuações das subescalas de solidão, do que os fatores sociodemográficos. No presente estudo, a perceção de solidão (global) explicou cerca de 14% da perceção de felicidade pessoal em comparação com os outros (FS2), embora 12% da variabilidade da perspectiva da felicidade pessoal em comparação com os outros seja explicada pela idade. No Grupo TO, os utentes com maior felicidade em comparação com os outros apresentaram menor solidão na componente família e na componente global.

Uma outra recente revisão da literatura sobre a HT como intervenção para a esquizofrenia (Ascencio, 2019), revelou que ocorreram tanto melhorias como ausência de alterações, para as diferentes áreas de funcionamento, social, psicológica, neuropsicológica e profissional. No entanto, a revisão conclui que foi mais comum encontrar benefícios com a prática da HT, do que encontrar participantes não afetados pela intervenção, indicando que a HT é uma opção de tratamento adjuvante não farmacológico eficaz em pacientes com doença mental, incluindo esquizofrenia, ou seja é um tratamento integrativo que merece mais estudo, o que também é sustentado por Cipriani et al. (2017) e Parvin et al. (2016).

Em acréscimo, a realização das atividades de HT pode ser de baixo custo para as instituições e pode oferecer uma recompensa financeira pelos produtos que gera (Seixas et al., 2017; Brito & Simões, 2016), devendo ser sempre realizada de acordo com os princípios da agricultura biológica, por razões de segurança para os utentes em não manipularem produtos químicos de síntese e, ainda, por razões ambientais e de saúde para os consumidores (Mourão et al., 2017).

4.2 – Efeitos da idade, escolaridade, diagnóstico, grau de dependência, frequência de atividades e existência de visitas

A idade dos utentes na amostra total explicou 12% da variabilidade da perspectiva da felicidade pessoal em comparação com os outros (FS2), enquanto no Grupo HT, a idade explicou 27% da variabilidade da perspectiva da felicidade pessoal (FS1). A idade contribui, assim, para aumentar a perceção de felicidade, assim como o maior nível de escolaridade também contribuiu uma perceção mais otimista da vida.

O grau de dependência leve resultou numa perceção mais otimista da vida, em comparação com os graus de dependência moderada e grave. De igual modo, no Grupo TO, o maior grau de dependência, a maior gravidade do diagnóstico e um menor número de anos no CHCF, relacionaram-se com uma maior solidão na componente romântica e os utentes deste grupo com maior grau de dependência, também apresentam uma maior solidão global.

O maior número de dias por semana com atividades para o Grupo HT e o maior número de diferentes atividades para o Grupo TO, revelaram um aspeto positivo, na medida em que estavam relacionados com um nível mais baixo de solidão na componente social. No Grupo HT, o maior número de dias por semana com atividades também se relacionou com um menor valor de solidão global e de uma maior felicidade em comparação com os outros (FS2).

A ausência de visitas de familiares e amigos relacionou-se com um nível de solidão emocional familiar superior, mas com uma perceção mais otimista da vida, em comparação com utentes que recebiam visitas.

4.3 - Perspetivas da investigação

O presente estudo baseou-se numa amostra do Grupo HT de 25 utentes, que representava o universo na Instituição, mas, no Grupo TO, a amostra de 15 poderia ter sido constituída por um maior número de utentes. Embora as amostras dos dois grupos fossem relativamente comparáveis, haviam diferenças que eventualmente poderiam ter sido menores, se a escolha dos utentes do Grupo TO tivesse sido mais criteriosa, através de uma avaliação pareada com as características sociodemográficas e clínicas dos utentes do Grupo HT.

Os estudos científicos são importantes para estabelecer a efetividade da HT, mas pode ser difícil isolar o impacto de uma abordagem de terapia ocupacional, como a HT, que geralmente é de natureza multidimensional e está incluída numa variedade de diferentes abordagens de tratamento multidisciplinar (Höhl et al., 2017). Os instrumentos utilizados neste estudo, apesar de nos parecerem adequados, necessitaram para o seu preenchimento do apoio de terapeutas, que o prestaram de acordo com o grau de autonomia de cada utente. O estudo de outros instrumentos de avaliação, bem como a inclusão de avaliação por parte dos terapeutas e outros técnicos de saúde, utilizando diferentes instrumentos como observação direta e questionários, poderá contribuir para uma melhor compreensão dos efeitos da Horticultura Terapêutica.

Apesar das referidas limitações, o estudo aqui apresentado representa uma abordagem científica de avaliação dos efeitos da horticultura terapêutica em pessoas com doença mental, quando comparada com as terapias ocupacionais mais convencionais.

Os valores da Escala de Felicidade Subjetiva (FS) e da Escala de Solidão (SELSA-S) resultaram, de um modo geral, em valores semelhantes para os utentes dos dois grupos em estudo, o que também foi reportado por outros estudos. Foi exceção o ‘otimismo em relação à vida’, que foi mais baixo no Grupo HT em comparação com o Grupo TO, tendo este item resultado num valor muito baixo para ambos os grupos, revelando uma baixa perceção de otimismo por parte dos utentes deste estudo.

As atividades de HT foram da preferência de 47,8% dos utentes do Grupo HT e as mudanças percecionadas por alguns destes utentes, incluíram a perceção de se sentir mais relaxado e de andar mais contente.

Outro resultado relevante deste estudo foi o facto de que, no Grupo HT, um maior número de dias por semana com atividades, ter proporcionado um nível mais baixo de solidão na componente social e na solidão global e, ainda, uma maior felicidade em comparação com os outros. As visitas de familiares e amigos tiveram também um efeito positivo revelado por um nível de solidão emocional familiar mais baixo, em comparação com os utentes com visitas de familiares ou amigos.

Este estudo permitiu perspetivar estudos futuros com metodologias que atendam as referidas limitações e melhorar o planeamento das atividades de HT praticadas pelos utentes, cujas preferências incluíram as atividades de plantação/sementeira e colheita, seguidas pelas atividades de rega e monda e detrimento das atividades de preparação do terreno e compostagem.

5 - CONCLUSÕES

O presente estudo conduziu a uma abordagem de avaliação dos efeitos da horticultura terapêutica em pessoas com doença mental, quando comparada com as terapias ocupacionais mais convencionais.

Os resultados obtidos através das escalas FS e SELSA-S foram globalmente semelhantes para os dois grupos em estudo, com exceção do "otimismo sobre a vida", que revelou uma percepção menos otimista da vida para os utentes do Grupo HT. Estudos anteriores realizados com utentes com esquizofrenia crónica relataram que a HT pode ser eficaz para diminuir a depressão e/ou ansiedade, mas o sentimento de falta de esperança e a qualidade de vida não mudou, provavelmente devido à hospitalização prolongada e à necessidade de medicação que pode ter limitado o efeito da HT, o que também parece ter sido revelado neste estudo. No entanto, estudos anteriores revelam que é mais comum encontrar benefícios do que encontrar participantes não afetados, apesar da complexidade de avaliação através dos instrumentos disponíveis.

Em projetos de HT na área da saúde mental, além da avaliação realizada pelos utentes, poderá ser também relevante incluir avaliação por parte dos terapeutas e outros técnicos de saúde, como complemento de avaliação que poderá contribuir para uma melhor compreensão dos efeitos da Horticultura Terapêutica.

Em síntese, a Horticultura Terapêutica é uma opção de tratamento integrativo, que deve continuar a ser investigada, nomeadamente, para compreender as melhorias que podem ser introduzir nas suas práticas, de modo a maximizar a sua eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramsson K & Tenngart C. 2006. Nature and Health in Sweden. In: Farming for Health. Jan Hassink&Majken van Dijk (eds.), Springer, The Netherlands, pp. 127-134.
- AHTA. 2014. Horticultura therapy. American Horticultural Theraphy Association. Consultado em 8 de agosto de 2014, fonte: <http://ahta.org/horticultural-therapy>
- Almeida T. 2013. Experiência da agricultura social nas prisões - Estabelecimento Prisional de Setúbal. In: I.M. Mourão e L.M. Brito, Horticultura Social e Terapêutica - Hortas Urbanas e Atividades com Plantas no Modo de Produção Biológico, Publindústria / Engebook, pp. 83-88.
- Alston LY. 2010. The Effectiveness of Horticultural Therapy Groups on Adults with a Diagnosis of Depression. Counselor Education Master's Theses. Paper 1. The College at Brockport, State University of New York. http://digitalcommons.brockport.edu/edc_theses/1
- Ascencio J. 2019. Horticultural Therapy as an Intervention for Schizophrenia: A Review. Alternative and Complementary Therapies, 25 (4), 194-200.
- Bastos A. 2013. O Jardim das Plantas Aromáticas e Medicinais e Bem-estar: Benefícios da intervenção “green care” para envelhecer bem. In: I.M. Mourão e L.M. Brito, Horticultura Social e Terapêutica - Hortas Urbanas e Atividades com Plantas no Modo de Produção Biológico, Publindústria / Engebook, pp. 35-42.
- Bird W. 2007. Natural Thinking: Investigating the links between the Natural Environment, Biodiversity and Mental Health. Royal Society for the Protection of Birds. Consultado em 15 de agosto de 2014, fonte: http://www.rspb.org.uk/Images/naturalthinking_tcm9-161856.pdf
- Borchers JG & Bradshaw GA. 2008. How Green is my Valley - and Mind: Ecotherapy and the Greening of Psychology. American Counseling Association, Counseling Today, 38-41.
- Brito O & Simões L. 2016. Agricultura Social na Cercica: uma agricultura para a inclusão. Livro de Resumos do 1º Colóquio Nacional de Horticultura Social e Terapêutica, Associação Portuguesa de Horticultura, 64-65.
- Brown SR, Worden EC, Frohne TM & Sullivan J. 2011. Horticultural Therapy. Institute of Food and Agricultural Sciences. University of Florida, ENH970. Disponível em: <http://edis.ifas.ufl.edu/ep145>.
- Browne CA. 1992. The Role of Nature for the Promotion of Well-Being in the Elderly. In: D. Relf, (ed.). Role of Horticulture in Human Well-being and Social Development: A National Symposium. Timber Press, Arlington, Virginia, pp. 75-79.
- Carvalho A & Cunha J. 2013. Horticultura social e terapêutica no lar do Centro Social e Cultural de Vila Praia de Âncora. In: I.M. Mourão e L.M. Brito, Horticultura Social e Terapêutica - Hortas Urbanas e Atividades com Plantas no Modo de Produção Biológico, Publindústria / Engebook, pp. 43-48.
- CBG. 2006. Horticultural Therapy Services. Program Information & Application. Chicago Botanic Garden, HT60205.14 pp. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/18123762/Horticultural-Therapy-Services>.
- Chen HM, Tu HM & Ho CI. 2010. Exploring dimensions of attitudes toward horticultural activities. HortScience, 45 (7), 1120-1125.
- Cipriani J, Benz A, Holmgren A, Kinter D, McGarry J & Rufino G. 2017. A Systematic Review of the Effects of Horticultural Therapy on Persons with Mental Health Conditions. Occupational Therapy in Mental Health, 33:1, 47-69.

- Cramer KM & Barry JE. 1999. Conceptualizations and measures of loneliness: A comparison of subscales. *Personality and Individual Differences*, 27, 491-502.
- Cutrona CE. 1982. Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 291-309). New York: John Wiley.
- Davies G, Devereaux M, Lennartsson M, Schmutz U e Williams S. 2014. The benefits of gardening and food growing for health and wellbeing. *Garden Organic and Sustain*. Published by Development House, London, 46 pp.
- Dessein J & Bock B (eds.). 2010. *The Economics of Green Care in Agriculture*. Cost Action 866, Green Care in Agriculture. Loughborough University. 94 pp.
- Di Iacovo F. 2009. Introduction. In: F. Di Iacovo; D. O'Connor (eds.). *Supporting Policies for Social Farming in Europe. Progressing Multifunctionality in Responsive Rural Areas*, Arsia/Agenzia Regionale per lo Sviluppo e l'Innovazione nel settore Agricolo-forestale. Firenze, pp. 11-20.
- Di Iacovo F & O'Connor D. 2009. Conclusions. In: F. Di Iacovo; D. O'Connor (eds.). *Supporting Policies for Social Farming in Europe. Progressing Multifunctionality in Responsive Rural Areas*, Arsia/Agenzia Regionale per lo Sviluppo e l'Innovazione nel settore Agricolo-forestale. Firenze, pp. 203-215.
- Di Tommaso E & Spinner B. 1993. The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14, 127-134.
- Di Tommaso E & Spinner B. 1997. Social and emotional loneliness: A reexamination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 22, 417-427.
- Di Tommaso E, Brannen C & Best LA. 2004. Measurement and validity characteristics of the short version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 99-119.
- Dias G. 2013. Jardins terapêuticos: princípios para a sua concepção. In: I.M. Mourão e L.M. Brito, *Horticultura Social e Terapêutica - Hortas Urbanas e Atividades com Plantas no Modo de Produção Biológico*, Publindústria / Engebook, pp. 199-214.
- Diehl ERM. 2007. American Horticultural Therapy Association (AHTA). 9 pp. Disponível em: http://www.ahta.org/documents/Final_FIT_Position_Paper_updated_409.pdf.
- Diener E. 1994. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener E. 1996. Subjective well-being and personality. In: D. Barone, M. Hesen and V. Van Hasselt (eds.), *Advanced Personality* (Plenum Press, New York).
- Diener E. 2006. Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 151-157. doi:10.1007/s11482-006-9007-x
- Diener E, Scollon C & Lucas R. 2003. The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219. doi:10.1016/S1566-3124(03)15007-9
- Diener E, Suh E & Oishi S. 1997. Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24:1, 25-41.
- Dixon LE, Mattson RH & Jurich AP. 1987. Human stress reduction through horticultural vocational training. *HortScience* 22:655-656.
- Elings M. 2006. People - plant interaction. The physiological, psychological and sociological effects of plants on people. In: J. F. Hassink; M. van Dijk (eds.). *Farming for Health*. Springer. The Netherlands, pp. 43-55.
- Ernst J & Cacioppo J. 1999. Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 1-22.

- Fernandes H & Neto F. 2009. Adaptação portuguesa da escala de solidão social e emocional (SELSA-S). *Psicologia, Educação e Cultura*, 13(1), 7-31.
- Flagler JS. 1992. Master Gardeners and Horti- (zultural Therapy. *HortTechnology*. 2: 249-250.
- Fried GG & Wichrowski MJ. 2009. Horticultural Therapy: a Psychosocial Treatment Option at the Stephen D. Hassenfeld Children's Center for Cancer and Blood Disorders. *Primary Psychiatry*, 15:7, 74.
- Frumkin H. 2001. Beyond Toxicity - Human Health and the Natural Environment. *American Journal of Preventive Medicine*. 20:3, 234-240.
- Frumkin H & Louv R. 2007. The powerful link between conserving land and preserving health. Land Trust Alliance - Special Anniversary Report, Washington, USA, 8 pp.
- Gomes SPT. 2019. Institucionalização de alienados em Portugal: O Hospital Conde de Ferreira (1883-1910) - Discursos e práticas assistenciais. Tese de Doutoramento em História Contemporânea, Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, 361 pp.
- Gonçalves MC. 2013. A agricultura biológica na reabilitação de pessoas com deficiência e incapacidades na APACI. In: I.M. Mourão e L.M. Brito, *Horticultura Social e Terapêutica - Hortas Urbanas e Atividades com Plantas no Modo de Produção Biológico*, Publindústria / Engebook, pp. 61-66.
- Gonzales M, Hartig T, Patil G, Martinsen E & Kirkevold M. 2009. Therapeutic horticulture in clinical depression: A prospective study. *Research and theory for Nursing Practice*, 23:4, 312-328.
- Goodwin R, Cook O & Yung Y. 2001. Loneliness and life satisfaction among three cultural groups. *Personal Relationships*, 8, 225-230.
- Gray G, Ventis D & Hayslip B. 1992. Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *International Journal of Ageing and Human Development*, 35:3, 205-218.
- Haller RL. 2006. The framework. Goals and treatment planning: the process. In: R. L. Haller, e C. L. Kramer, (eds.). *Horticultural Therapy Methods - Making Connections in Health Care, Human Service, and Community Programs*. CRC Press, 1-31.
- Hartig I & Cooper-Marcus C. 2006. Healing gardens - Places for Nature in Health Care. *Lancet*, pp. 368, 536-537.
- Hassink J. 2009. Social Farming across Europe: overview. In: F. Di Iacovo e D. O'Connor (eds.). *Supporting Policies for Social Farming in Europe - Progressing Multifunctionality in Responsive Rural Areas*. Agenzia Regionale per lo Sviluppo e l'Innovazione nel settore Agricolo-forestale (Arsia). Itália, pp. 21-42.
- Hassink J. & Van Dijk M. 2006. Farming for Health across Europe - Comparison between Countries, and Recommendations for Research and Policy Agenda. In: J. Hassink e M. van Dijk (eds.). *Farming for Health*. Springer. The Netherlands, pp. 347-357.
- Heerwagen JH & Orians GH. 1993. Humans, habitats, and aesthetics. In: Kellert S.R. e Wilson E.O, *The Biophilia Hypothesis*. Island Press. Washington, pp. 138-172.
- Höhl W, Moll S & Pfeiffer A. 2017. Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 300-305.
- Hojat M. 1983. Comparison of transitory and chronic loners on selected personality variables. *British Journal of Psychology*, 74, 199-202.
- Kam MCY & Siu AMH. 2010. Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 80-86.

- Kaplan S. 1992. The Restorative Environment: Nature and Human Experience. In: D. Relf (ed.). The Role of Horticulture in Human Well-Being and Social Development: a National Symposium. Timber Press. Portland, pp. 134-142.
- Kaplan R. & Kaplan S. 1989. The experience of nature: a psychological perspective. Cambridge - University Press, Cambridge.
- Kenmochi T, Kenmochi A, Hoshiyama M. 2019. The Effects of Horticultural Therapy on Symptoms and Future Perspective of Patients with Schizophrenia in the Chronic Stage. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 29:1, 1-9.
- Kidd JL & Brascamp W. 2004. Benefits of Gardening and the Well Being of New-Zeland Gardeners. *Acta Horticulturae*. 639,103-112.
- Lee S, Kim MS & Suh JK. 2008. Effects of Horticultural Therapy of Self-Esteem and Depression of Battered Women at A Shelter in Korea. *Acta Horticulturae*. 790,139-142.
- Lewis CA. 1990. Gardening as a Healing Process. In: M. Francis e R.T. Hester Jr., (eds.) The Meaning of Gardens: Idea, Place and Action. The MIT Press, Cambridge, pp. 244-251.
- Lewis CA. 1995. Human Health and Well-Being: The Psychological, Physiological, and Sociological Effects of Plants on People. *Acta Horticulturae*, 391, 31-39.
- Lindemuth AL. 2007. Designing Therapeutic Environments for Inmates and Prison Staff in the United States: Precedents and Contemporary Applications *Journal of Mediterranean Ecology*, 8, 87-97.
- Lopes LMM & Rodrigues MA. 2009. Documento *ad usum et beneficium* - Os Alienados em Portugal – História e Estatística. *Revista Referência*, II, 11, 135-140.
- Lynch JJ. 1977. The broken heart and the medical consequences of loneliness. New York: Basic Books.
- Lyubomirsky S. 1994. The hedonic consequences of social comparison: Implications for enduring happiness and transient mood. Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, Stanford University.
- Lyubomirsky S. 2001. Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 26, 239-249. doi:10.1037//0003-066X.56.3.239
- Lyubomirsky S & Lepper H. 1999. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Maller C, Townsend M, St Leger L, Henderson-Wilson C, Pryor A, Prosser L & Moore M. 2008. Healthy Parks, Healthy People: The Health Benefits of Contact with Nature in a Park Context. 2ª Ed, School of Health and Social Development, FHMNBS, Deakin University, Austrália.
- Maller C, Townsend M, Pryor A, Brown P & St Leger L. 2005. Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health Promotion International*, 21, 45-54.
- Minei T, Kiyuna T, Tanaka M, Takaesu Y. 2008. Horticultural therapy for the aged with chronic schizophrenia. *Acta Hort*, 790, 63-66.
- Mourão I. 2013. Horticultura Social e Terapêutica - Contexto. In: I.M. Mourão e L.M. Brito, Horticultura Social e Terapêutica - Hortas Urbanas e Atividades com Plantas no Modo de Produção Biológico, Publindústria / Engebook, pp. 1-17.
- Mourão, I. 2017. Adaptação e gestão da empresa agrícola para implementação de um modelo de agricultura social. 1º Colóquio Nacional de Horticultura Social e Terapêutica. *Atas Portuguesas de Horticultura*, 27, 116-123.

- Mourão IM, Ferreira ME, Brito LM & Ramos AC. 2017. Actas Portuguesas de Horticultura, N.º 27, I Colóquio Nacional de Horticultura Social e Terapêutica, Associação Portuguesa de Horticultura, 123 pp.
- Mourão I, Monteiro AT, Gonçalves MC, Rodrigues R & Brito LM. 2014. Effectiveness of organic horticulture professional training for young people with mental disorders. In: Rahmann G and Aksoy U (Eds.): Building Organic Bridges. Proceedings of the 4th ISO FAR Scientific Conference at the Organic World Congress 2014, 937-940.
- Myers D & Diener E. 1995. Who is happy? Psychological Science, 6, 10-17.
- Neto F. 1995. Predictors of satisfaction with life among second-generation migrants. Social Indicators Research, 35, 93-116.
- Neto, F. 2015. Socio-demographic and Subjective Well-being Predictors of Social and Emotional Loneliness. Social Inquiry into Well-being, 1, 13-21.
- Neuberger K. 2007. The Correlation Effect of Horticultural Activities - the Influence of Working with Plants on Human Experiences. Part I: The Practical Approach to a Theoretical Framework and Model of the Benefits of Green Care on the Micro Level. In: C. Gallis (ed.). Green Care in Agriculture, Health effects, Economics and Policies, Proceedings, pp. 153-166.
- OCDE. 2006. The New Rural Paradigm: Policies and Governance. OECD Publishing, doi: 10.1787/9789264023918-en. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/governance/the-new-rural-paradigm_9789264023918-en.
- Oh YA, Park SA & Ahn BE. 2018. Assessment of the psychopathological effects of a horticultural therapy program in patients with schizophrenia. Complementary Therapies in Medicine, 36, 54-58.
- Pais-Ribeiro J. 2012. Validação transcultural da escala da felicidade subjetiva de Lyubomirsky e Lepper. Sociedade Portuguesa de Psicologia do Porto, Psicologia, Saúde e Doenças, 13, 57-168.
- Park SH & Mattson RH. 2009. Ornamental Indoor Plants in Hospital Rooms Enhanced Health Outcomes of Patients Recovering from Surgery. The Journal of Alternative And Complimentary Medicine, 15: 9, 978.
- Parker S. 2004. Grass roots healing. Mental Health Practice, 7:8, 20-22.
- Parvin N, Rafiee Vardanjani L & Aliakbari F. 2016. Group Horticulture Program on Psychiatric Symptoms in Patients with Chronic Schizophrenia. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery, 13:2, 16-21.
- Peplau LA & Perlman D. 1982. Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy (pp. 1-18). New York: John Wiley.
- Perlman D. 1983. Recent developments in personality and social psychology: A citation analysis. Personality and Social Psychology Bulletin, 10, 493-501.
- Perlman D. 1988. Loneliness: A life-span, family perspective. In R. M. Milardo (Ed.), Families and social networks (pp. 190-220). Newbury Park, CA: Sage.
- Pretty J, Peacock J, Sellens M & Griffin M. 2005. The Mental and Physical Health Outcomes of Green Exercise. International Journal of Environmental Health Research. 15:5, 319-337.
- Ramm D. 1996. Clinically formulated principles of morality. New Ideas in Psychology, 14, 237-256. doi:10.1016/S0732-118X(96)00018-9
- Relf PD. 2006. Theoretical models for research and program development in agriculture and health care. In: Jan Hassink e Majken van Dijk (eds.), Farming for Health, Springer, the Netherlands, 1-20.

- Rodrigues P. 2013. 'Gotas de Sustentabilidade' na Inserção Social. In: I.M. Mourão e L.M. Brito, *Horticultura Social e Terapêutica - Hortas Urbanas e Atividades com Plantas no Modo de Produção Biológico*, Publindústria / Engebook, pp. 97-104.
- Russell D. 1982. The measurement of loneliness. In: L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 81-104). New York: John Wiley.
- Russell D. 1996. UCLA Loneliness scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Russell D, Cutrona CE, Rose J & Yurko K. 1984. Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1313-1321.
- Russell D, Peplau LA & Cutrona CE. 1980. The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Sarno MT & Chambers N. 1997. A Horticultural Therapy Program for Individuals with Acquired Aphasia. In: *Activities, Adaptation & Aging*. 22:1-2, 81-91.
- Schmidt N & Sermat V. 1983. Measuring loneliness in different relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1038-1047.
- SCMP. 1902. Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, Porto, Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, p. 216.
- Seixas M, Williamson D, Barker G & Vickerstaff R. 2017. Horticultural therapy in a psychiatric in-patient setting. *BJPsych International*, 14:4, 87-89.
- Sempik J. 2010. Green care and mental health: gardening and farming as health and social care. *Mental Health and Social Inclusion*, 14 (3), 15-22.
- Sempik J & Aldridge J. 2006. Care Farms and Care Gardens - Horticulture as Therapy in the UK. In: J. Hassink e M. van Dijk (eds.) *Farming for Health*. Springer. The Netherlands, pp. 147-161.
- Sempik J, Aldridge J & Becker S. 2003. *Social and Therapeutic Horticulture: Evidence and Messages from Research*. Thrive Centre for Child and Family Research - Loughborough University. Reading. Reino Unido.
- Sempik J, Hine R & Wilcox D. 2010. Green care: a conceptual framework. A report of working group on the health benefits of green care. Cost Action 866, Green Care in Agriculture. Centre for child and family research - Loughborough University. pp 70-75.
- Sempik J & Spurgeon T. 2006. Towards a Rigorous Approach to Studying Social and Therapeutic Horticulture for People with Mental Health Problems. *Growth Point*. 107, 4-7.
- Sena AM. 1885. Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885). Typographia Occidental, Porto.
- Sena AM. 2003. Os alienados em Portugal. I – História e Estatística, II - Hospital do Conde de Ferreira. Ulmeiro, Lisboa, 1ª Edição em 1883 e 1884.
- Sherman SA, Varni JW, Ulrich RS & Malcarne VL. 2005. Post-Occupancy Evaluation of Healing Gardens in a Pediatric Cancer Center. *Landscape and Urban Planning*. 73, 167-183.
- Son K, Um S, Kim S & Song J. 2004. Effect of horticultural therapy on the changes of self-esteem and sociality of individuals with chronic schizophrenia. *Acta Horticulturae*, 639, 185-191.
- Song J & Sim W. 1999. An experimental study on the effects of horticultural therapy - with special reference to negative symptoms of schizophrenia. p.292-300. In: M.D.

- Stigsdotter UA & Grahn P. 2002. What Makes a Garden a Healing Garden? *Journal of Therapeutic Horticulture*, 8, 60-69.
- Thrive. 2009. Using Gardening to Change Lives-A Guide to Who We Are, What We Do, How We Do It. Thrive, Reading. Reino Unido, 32 pp.
<http://www.thrive.org.uk/about-thrive.aspx>.
- Thrive. 2012. Professional Development Diploma in Social and Therapeutic Horticulture. Thrive, Reading. Reino Unido. Disponível em: <https://www.thrive.org.uk/get-training>
- UNFPA. 2007. State of the World Population 2007: Unleashing the Potential of Urban Growth. United Nations Population Fund. New York, USA.
- Ulrich RS, Simons RF, Losito BD, Fiorito E, Miles MA & Zelson M. 1991. Stress Recovery During Exposure to Natural and Urban Environments. *Journal of Environmental Psychology*. 11, 201-230.
- Veenhoven R. 1997. Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.
- Veenhoven R. 2000. The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1–39. doi: 10.1023/A:1010072010360
- Weiss RS. 1973. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss RS. 1987. Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 1-16.
- Weiss RS. 1998. A taxonomy of relationships. *Journal of Personal and Social Relationships*, 15, 671-683.
- West DA, Kellner R & Moore-West M. 1986. The effects of loneliness: A review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 351-363.
- Whitehouse S, Varni JW, Seid M, Cooper-Marcus C, Ensberg MJ, Jacobs JR & Mehlenbeck RS. 2001. Evaluating a Children's Hospital Garden Environment: Utilization and Consumer Satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*. 21:301-314.
- Willems J (relatora). 2012. Agricultura social: Políticas com preocupações ambientais, sociais e de saúde (Documento de trabalho). Secção Especializada de Agricultura, Desenvolvimento Rural e Ambiente, Comité Económico e Social Europeu, Agricultura Social: NAT/539 - R/CESE 1235/2012. 7 pp. Disponível em: <http://www.toad.eesc.europa.eu/Search.aspx>.
- Yasukawa M. 2009. Horticultural Therapy for the Cognitive Functioning of Elderly People with Dementia. In: I. Soderback (ed.). *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Springer, pp. 431-444.

ANEXOS

Anexo I – Consentimento informado institucional - CHCF

Consentimento informado

O atual trabalho de investigação, intitulado “AVALIAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DA HORTICULTURA SOCIAL E TERAPÊUTICA EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL”, insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Agricultura Biológica da Escola Superior Agrária de Ponte de Lima, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESA/IPVC).

Este estudo tem como principal objetivo avaliar os efeitos da prática da horticultura em utentes inseridos nas atividades de horticultura terapêutica, no Centro Hospitalar Conde de Ferreira – Santa Casa da Misericórdia do Porto. Este trabalho tem como orientadoras a Professora Doutora Telma Almeida, do Instituto Superior de Ciências da Saúde Doutor Egas Moniz e a Professora Doutora Isabel Mourão, da Escola Superior Agrária do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Pretende-se contribuir para o melhor conhecimento sobre o tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação do maior número possível de utentes participantes nas referidas atividades. É por isso que, a sua colaboração é fundamental. As informações serão recolhidas através de um questionário sociodemográfico e dos instrumentos “Escala de Solidão Social e Emocional” e “Escala da Felicidade Subjetiva”.

Os dados obtidos encontram-se ao abrigo das regras do sigilo e da não identificação dos participantes, seguindo todos os princípios éticos e deontológicos, e sendo os resultados finais do estudo apresentados sem qualquer identificação pessoal. Todos os formulários de consentimento assinados serão conservados num local seguro à responsabilidade da investigadora principal.

A escolha de participar neste estudo é voluntária e não trará nenhuma despesa ou risco. A decisão de não fazer parte no estudo não pressupõe qualquer prejuízo.

Pelo presente documento, consinto a realização desta investigação.

Cargo: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Data: ____/____/2017

Anexo II – Consentimento informado dos tutores e utentes

Consentimento informado

O atual trabalho de investigação, intitulado “AVALIAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DA HORTICULTURA SOCIAL E TERAPÊUTICA EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL”, insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Agricultura Biológica da Escola Superior Agrária de Ponte de Lima, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESA/IPVC).

Este estudo tem como principal objetivo avaliar os efeitos da prática da horticultura em utentes inseridos nas atividades de horticultura terapêutica, no Centro Hospitalar Conde de Ferreira – Santa Casa da Misericórdia do Porto. Este trabalho tem como orientadoras a Professora Doutora Telma Almeida, do Instituto Superior de Ciências da Saúde Doutor Egas Moniz e a Professora Doutora Isabel Mourão, da Escola Superior Agrária do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Pretende-se contribuir para o melhor conhecimento sobre o tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação do maior número possível de utentes participantes nas referidas atividades. É por isso que, a sua colaboração é fundamental. As informações serão recolhidas através de um questionário sociodemográfico e dos instrumentos “Escala de Solidão Social e Emocional” e “Escala da Felicidade Subjetiva”.

Os dados obtidos encontram-se ao abrigo das regras do sigilo e da não identificação dos participantes, seguindo todos os princípios éticos e deontológicos, e sendo os resultados finais do estudo apresentados sem qualquer identificação pessoal. Todos os formulários de consentimento assinados serão conservados num local seguro à responsabilidade da investigadora principal.

A escolha de participar neste estudo é voluntária e não trará nenhuma despesa ou risco. A decisão de não fazer parte no estudo não pressupõe qualquer prejuízo.

Pelo presente documento, eu consinto que _____
_____ pode participar plenamente neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2017

Anexo III – Questionário dos dados sociodemográficos

QUESTIONÁRIO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Enfermaria: _____ Data: _____

1. Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

2. Idade _____

3. Estado civil

☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ou Separado(a)
☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a)
☐ União de Facto

4. Qual o concelho onde residia anteriormente? _____

5. Escolaridade

☐ Analfabeto
☐ Ensino primário
☐ Ensino básico (1º, 2º e/ou 3º ciclos)
☐ Ensino secundário
☐ Licenciatura ou bacharelato
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

6. Tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

7. Se sim, quantos? _____

8. Qual a idade dos filhos? _____

9. Qual a profissão que tinha anteriormente? _____
10. Durante quantos anos trabalhou? _____
11. Diagnóstico Psiquiátrico/Psicológico _____
12. Gravidade do diagnóstico Psiquiátrico/Psicológico _____
13. Grau de dependência? _____
14. Há quantos anos lhe foi diagnosticado o problema de saúde mental? _____
15. Há quantos anos está internado? _____
16. Em quantas instituições esteve? _____
17. Há quantos anos está internado no CHCF? _____
18. Toma medicação?
- ☐ Sim ☐ Não
19. Espera sair da instituição?
- ☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez
- ☐
- 19.1 Porquê? _____
20. Quem é o tutor?
- ☐ Família ☐ CHCF
- ☐ Amigos ☐ Outro _____

21. Quem vem visitar?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Família | <input type="checkbox"/> Voluntários do CHCF |
| <input type="checkbox"/> Amigos | <input type="checkbox"/> Outro _____ |

22. Com que periodicidade tem visitas?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uma vez por semana | <input type="checkbox"/> Uma vez por mês |
| <input type="checkbox"/> Uma vez a cada quinze dias | <input type="checkbox"/> Outro _____ |

23. Indique quais as atividades que frequenta (marcar todas)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dança Movimento e Terapia | <input type="checkbox"/> Hortas Terapêuticas |
| <input type="checkbox"/> Educação Física | <input type="checkbox"/> Encadernação e Cartonagem |
| <input type="checkbox"/> Natação Terapêutica | <input type="checkbox"/> Expressão Plástica |
| <input type="checkbox"/> Práticas teatrais | <input type="checkbox"/> Trabalhos |
| <input type="checkbox"/> Terapia Assistida Animais | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

24. Quantas vezes tem atividades por semana? _____

Anexo IV – Questionário aos utentes

Nome: _____

Enfermaria: _____ Data: _____

1. Espera sair da instituição?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez

1.1. Porquê? _____

2. Qual a atividade que mais gosta

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dança Movimento e Terapia | <input type="checkbox"/> Hortas Terapêuticas |
| <input type="checkbox"/> Educação Física | <input type="checkbox"/> Encadernação e Cartonagem |
| <input type="checkbox"/> Natação Terapêutica | <input type="checkbox"/> Expressão Plástica |
| <input type="checkbox"/> Práticas teatrais | <input type="checkbox"/> Lavoros |
| <input type="checkbox"/> Terapia Assistida Animais | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

2.1. Porquê? _____

3. Na atividade de Hortas Terapêuticas, o que mais gosta de fazer?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plantação/sementeira | <input type="checkbox"/> Preparação do terreno para cultivo |
| <input type="checkbox"/> Colheita dos produtos | <input type="checkbox"/> Compostagem |
| <input type="checkbox"/> Rega | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Monda das infestantes | |

4. Desde que iniciou a atividade de Hortas Terapêuticas, o que entende ter mudado na sua vida? Escolha apenas uma resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mais relaxada | <input type="checkbox"/> Contacto com a natureza |
| <input type="checkbox"/> Durmo melhor | <input type="checkbox"/> Anda mais contente |
| <input type="checkbox"/> Pratico mais exercício físico | <input type="checkbox"/> Passei a falar com mais pessoas. |

5. A atividade Hortas Terapêuticas mudou a sua vida como e porquê?

Anexo V – Escala de Solidão Social e Emocional Simplificada (SELSA-S, DiTommaso et al., 2004), validadas para a população portuguesa (Fernandes & Neto, 2009).

ESCALA DE SOLIDÃO SOCIAL E EMOCIONAL (SELSA-S)

		Totalmente em desacordo	Muito desacordo	Pouco desacordo	Indiferente	Pouco de acordo	Muito de acordo	Totalmente de acordo
1.	Sinto-me só quando estou com a minha família.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Tenho um/ a parceiro/a com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Não há ninguém na minha família com quem eu possa contar para me apoiar e encorajar, mas gostaria de ter.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Eu tenho um/a parceiro/a romântico/a ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Eu não tenho amigos que partilhem os meus pontos de vista, mas gostaria de ter.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Sinto-me próximo da minha família.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Posso contar com a ajuda dos meus amigos.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Sinto-me parte da minha família.	1	2	3	4	5	6	7
12.	A minha família realmente preocupa-se comigo.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Eu tenho um/a parceiro/a romântico/a para cuja felicidade eu contribuo.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Tenho necessidade de uma relação romântica íntima.	1	2	3	4	5	6	7

Enrico DiTommaso, 2004, versão portuguesa de Félix Neto, 2009

Anexo VI – Escala de Felicidade Subjetiva (FS, Lyubomirsky & Lepper, 1999) validada para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, 2012).

FELICIDADE SUBJECTIVA

Para cada uma das questões e/ou afirmações seguintes, por favor assinale na escala, entre 1 e 7, a que parece que melhor o/a descreve

1. Em geral, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
Uma pessoa que não é muito feliz						Uma pessoa muito feliz

2. Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
Menos feliz						Mais feliz

3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
De modo nenhum						Em grande parte

4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
De modo nenhum						Em grande parte

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO